

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования

Кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза

**Логопедическая работа по коррекции произносительной стороны речи в
структуре преодоления общего недоразвития речи у дошкольников
с дизартрией**

Выпускная квалификационная работа
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
Профиль «Логопедия»

Квалификационная работа
допущена к защите
Зав. кафедрой логопедии и клиники
дизонтогенеза
к.п.н., профессор И.А. Филатова

дата подпись

Исполнитель:
Попова Дарья Сергеевна
обучающийся БЛ-41 группы
очного отделения

Подпись

Научный руководитель:
Репина Зоя Алексеевна
к. п. н, профессор

Подпись

Екатеринбург 2018
СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ	6
1.1. Онтогенез произносительной стороны речи дошкольников в норме	6
1.2. Психолого-педагогическая характеристика детей дошкольного возраста с ОНР и дизартрией.....	11
1.3 Характеристика устной речи детей дошкольников с ОНР и дизартрией	17
ГЛАВА 2. КОНСТАТИРУЮЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И АНАЛИЗ ЕГО РЕЗУЛЬТАТОВ.....	26
2.1. Организация и принципы констатирующего эксперимента	26
2.2. Анализ медико-педагогической документации	28
2.3. 2.3. Методика и анализ результатов исследования моторных сфер у детей с псевдобульбарной дизартрией	29
2.4. Методика и анализ результатов изучения произносительной стороны речи у детей с псевдобульбарной дизартрией	39
2.5. Методика и анализ результатов исследования фонематических процессов у детей с псевдобульбарной дизартрией	44
ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ В СТРУКТУРЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ ОНР У ДОШКОЛЬНИКОВ С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ	49
3.1. Анализ научно-методической литературы и направление работы по коррекции нарушений произносительной стороны речи у детей дошкольного возраста с ОНР и псевдобульбарной дизартрией	49

3.2. Организация, планирование и содержание работы по коррекции произносительной стороны речи в структуре преодоления ОНР у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией	54
3.3. Контрольное исследование и анализ его результатов	60
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	70
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	72

ВВЕДЕНИЕ

Проблема коррекции произносительной стороны речи у дошкольников старшего дошкольного возраста приобретает в современном мире всё большую актуальность. В результате анализа педагогической литературы было обнаружено значительное число исследований, посвященных изучению данной темы. В старшем дошкольном возрасте многие дети имеют выраженные отклонения в речевом развитии.

В настоящее время в литературе имеется немало исследований, посвященных проблеме коррекции произносительной стороны речи у детей с псевдобульбарной дизартрией. Это объясняется частотой появления данного расстройства у детей, разнообразием коррекционных методик, учитывающих особенности проявления произношения у дошкольников.

Эта проблема рассмотрена в работах Гвоздева А. Н., М. Е. Хватцева, Р. Е. Левиной, Г. Н. Соломатина, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина, Т. Г. Визель, Е. Н. Винарская, А. К. Маркова, Л. В. Мелехова и других.

Актуальность проблемы обусловлена в первую очередь распространенностью ОНР и псевдобульбарной дизартрии у детей [1].

Характерной особенностью дизартрии являются нарушения в устной речи, выраженные нарушениями фонетической стороны речи, слоговой структуры слов, звукового анализа слов, грамматического строя. Кроме того, недостатки звукопроизношения имеют специфическую окраску: нарушение тембра, проявление назальности, смазанность, нечеткость звукопроизношения. В совокупности эти особенности принято называть произносительной стороной речи [39]. Таким образом, коррекция имеющихся нарушений у таких детей, имеет свою специфику, когда необходимо добавлять в коррекционную работу не только коррекцию самого звука, но и просодических компонентов.

Объект исследования – произносительная сторона речи у детей дошкольного возраста с ОНР и псевдобульбарной дизартрией.

Предмет исследования – направление и содержание логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у детей дошкольного возраста с ОНР и псевдобульбарной дизартрией.

Цель исследования – теоретически обосновать и определить содержание логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у детей дошкольного возраста с дизартрией.

Задачи:

1. Провести анализ научно-методической литературы по вопросам исследования произносительной стороны речи у детей дошкольного возраста с ОНР и псевдобульбарной дизартрией.
2. Изучить состояние произносительной стороны речи у детей дошкольного возраста с ОНР и псевдобульбарной дизартрией.
3. Составить содержание логопедической работы для детей дошкольного возраста с ОНР и дизартрией.

Исследование проводилось на базе средней группы МБ ДОУ "Детский сад компенсирующего вида № 452" с 19.09.2016 по 30.10.2016. В ходе констатирующего эксперимента было обследовано 10 детей с общим недоразвитием речи (II и III уровней), с дизартрией.

Структура выпускной квалификационной работы:

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка источников литературы, включающего 44 наименования и 11 приложений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ

1.1. Онтогенез произносительной стороны речи дошкольников в норме

Ребенок формирует свою речь, опираясь на речь взрослых, и немало важным фактором является, его речевое окружение, достаточная речевая практика, воспитание и обучение, начинающиеся с первых дней жизни ребенка.

Ребенок, появившись на свет, не умеет разговаривать, речь — это не врожденная способность, она развивается на протяжении жизни, проходя все стадии онтогенеза, параллельно с физическим и умственным развитием ребенка и служит показателем его общего развития. Все дети проходят строгие закономерности и определенные характеристики черт, общие для всех детей, в процессе усвоения родного языка. Для того чтобы понять есть ли патология речи у ребенка, нужно иметь представления о последовательности и закономерности развития речи у в норме, понимать в каких условиях должен формироваться данный процесс, ведь от них зависит его успешное протекание [39].

Многие авторы занимались, изучением онтогенеза произносительной стороны речи, такие как: А. Н. Гвоздев, Г. Л. Розенгард-Пупко, А. Н. Леонтьев, Н. И. Красногорский и другие. Ученые называют различные этапы становления речи у детей, их теории отличаются количеством этих этапов, возрастными границами каждого.

Так, А. Н. Гвоздев, изучая очередность возникновения различных частей речи, словосочетаний, типов предложений в речи ребенка, выделяет ряд периодов [10]. Г. Л. Розенгард-Пупко в речевом развитии ребенка

выделяет всего два этапа: подготовительный, длительность которого до двух лет, и этап самостоятельного оформления речи.

Н. И. Красногорский выделяет следующие этапы развития речи у детей:

- 1-й — предречевой этап (первый год жизни);
- 2-й — образование речевых звуков и их дифференцировка (второй год жизни);
- 3-й — третий год жизни;
- 4-й — четвертый год жизни;
- 5-й — пятый год жизни.

А. Н. Леонтьев устанавливает четыре этапа в становлении речи детей:

- 1. Подготовительный этап длится до одного года;
- 2. Преддошкольный этап первоначального овладения языком длится до трех лет;
- 3. Дошкольный этап развития речи продолжается до семи лет;
- 4. Школьный этап.

Охарактеризуем этапы становления речи детей, выделенные А. Н. Леонтьевым. Итак, первый этап назван подготовительным, данный этап начинается с самого рождения ребенка и завершается до одного года.

На данном этапе, по мнению, С. Л. Рубинштейна, до того момента, когда ребенок начинает говорить, он накапливает пассивный фонематический материал, учится понимать речь окружающих, начинает овладевать голосовым аппаратом.

Исследовательские труды Е. М. Хватцева, говорят о том, что ребенок начинает непроизвольно издавать крики похожие на звуки «у-а», «э-э», но еще далекие от звуков речи человека, непременно после рождения. Эти звуки возникают в результате действия таких неприятных для организма новорожденного, как чувство голода, болевые ощущения, холод и т. д. По их тембру и интонации мама может догадаться о состоянии ребенка и его потребностях [24].

Крик здорового, спокойного и бодрого ребенка приятен на слух, не напряжен и умерен по силе. Такой крик способствует развитию голосовых органов ребенка, в том числе и дыхательных, ведь и при крике, и при речи, выдох длиннее вдоха [11].

Спустя время, ребенок начинает понимать и различать по голосу и ритму слов различные выразительные оттенки в речи мамы и окружающих его взрослых. А спустя две недели ребенок реагирует на голос окружающих, он прислушивается, когда к нему обращаются, перестает плакать, проявляет эмоции. Это можно назвать первичным речевым общением ребенка.

Важно включать детям колыбельные, петь их, таким образом, они успокаиваются под мелодичное пение. Дальнейшими реакциями на голос говорящего являются поворот головы в сторону говорящего человека, ребенок глазами следит за ним, позже начинает реагировать на интонационную выразительность речи, так если интонация ласковая, то он оживляется, а на резкую и грубую речь, может начать плакать [39].

С пяти месяцев ребенок начинает слышать звуки речи, следить за артикуляционными движениями губ окружающих и пытается им подражать. Для закрепления двигательного навыка, необходимо многократно повторять его. С шести месяцев ребенок начинает произносить отдельные слоги, такие как ма-ма, па-па, ба-ба, но это еще подражание. Так путем подражания ребенок осваивает все элементы звучащей речи, это фонемы, тон, ритм, мелодико-интонационную сторону речи и ее тембр [39].

Во втором полугодии ребенком воспринимаются определенные звукосочетания, их он пытается, связывать с предметами или действиями (тик-так, дай-дай, бух). А так же реагирует на весь комплекс воздействия: ситуацию, интонацию и слова. Все это помогает образованию временных связей, запоминанию слов и реакция на них [39].

С семи — девяти месяцев ребенок начинает повторять за взрослым более разнообразные сочетания звуков. Уже в десять месяцев начинают появляться реакции на слова, не зависящие от ситуации и эмоциональности

речи. В этот период особенно важно следить, в каких условиях происходит формирование речи ребенка, так как его речь формируется на основе подражания речи взрослых. Первые слова появляются в конце первого года жизни.

Второй этап называется преддошкольным и длится от года до трех лет. С появлением у ребенка первых слов заканчивается подготовительный этап и начинается этап становления активной речи. В это время ребенок проявляет особое внимание к артикуляции окружающих, говорит сам, повторяя за окружающими, но звуковая и слоговая сторона этих слов не точны, ребенок заменяет звуки на более легкие, пропускает либо искажает, путает их, переставляет местами.

Первые слова обобщенного характера, то есть ребенок одним и тем же словом или звуком обозначает и предмет, и действие с ним, а также может выражать свои чувства и просьбы через это же слово. Так, одно слово *мяч* может означать в разные моменты *это мяч; дай мяч; красный мяч*. Или слово *мама* может означать *пришла мама; нет мамы; мама подойди* и т. п. В этот период, речь ребенка называется ситуативной, потому что понять, что говорит ребенок, можно только в конкретной ситуации. Ситуационная речь сопровождается жестами, мимикой. С 1,5 лет слова приобретают обобщенный, накопление новых слов, усвоение новых знаний [39].

По мнению Е. М. Максакова, качество произношения зависит от состояния и подвижности органов артикуляционного аппарата, который еще только начинает активно функционировать [16].

Ко второму году дети активно начинают произносить гласные звуки, твердые согласные произносят смягчённо они смягчают. Способность к подражанию речи взрослых возрастает, интенсивно развивается понимание речи других. К этому времени ребенок начинает активно и самостоятельно употреблять в речи простые по структуре слова.

Рассмотрим дошкольный этап становления речи, данный этап начинается с трех лет и продолжается до семи лет.

Когда ребенок находится в дошкольном возрасте, в его звукопроизношение могут наблюдаться дефекты произношения. Страдать могут свистящие, шипящих, сонорные звуки [р] и [л], реже — дефекты смягчения, озвончения и йотации.

Во время дошкольного периода у детей все больше развивается слуховой контроль над собственной речью и ее произношением, формируется умение исправлять свою речь, так на данном этапе у детей начинает формироваться фонематическое восприятие. На протяжении четвертого года жизни артикуляционный аппарата продолжает укрепляться, движения мышц становятся более координированными. В речи появляются твердые согласные, шипящие звуки, правильно произносятся слова со стечением согласных. Дошкольники легко различают ошибки в речи других, близкие по звучанию звуко сочетания и слова. Происходит дальнейшее развитие звукового анализа и синтеза [39].

Подвижность артикуляционного аппарата возрастает на пятом году жизни. К этому времени дети начинают правильно произносить шипящие звуки, и соноры в мягкой и твердой вариациях. У некоторых могут оставаться замены звуков свистящей и шипящей фонетических групп, что проявляется в сложных, незнакомых словах.

Фонематические процессы у детей к пяти годам совершенствуются: они узнают звук в потоке речи, могут подобрать слово на заданный звук, различают повышение или понижение громкости речи и замедление или ускорение темпа.

К 6 годам у детей все звуки родного языка сформированы, и произносятся правильно как звуки, так и сложные конструкции слов. Сформированный фонематический слух позволяет ребенку выделять звуки в потоке звуков, слогов, слов, а также различать фонемы близкие по акустическим признакам.

На четвертом — школьном этапе, который длится до семнадцати лет, дети начинают сознательно усваивать речь. Продолжаются процессы

овладения звуковым анализом, грамматическими правилами. Фонетическая сторона речи в семь лет максимально приближена к речи взрослых, с учетом литературных норм. Ребенок способен определить количество звуков в слове, выделить их последовательность, что является предпосылкой к овладению грамотой. К моменту начала обучения в школе у детей достаточно сформированы все стороны речи, что является основой успешного овладения школьной программы [39].

Каждый из этапов становления речи детей не имеет четких границ и плавно переходит из одного этапа в другой.

Для своевременного и правильного протекания развития речи ребенка, ребенок должен быть психически и соматически здоровым, в том числе не должно быть нарушений зрительного и слухового анализаторов, у него должны быть сформированы умственные способности, у ребенка необходимо развивать и поддерживать потребность в речевом общении, а также необходимо создать оптимальную речевую среду.

1.2. Психолого-педагогическая характеристика детей дошкольного возраста с ОНР и дизартрией

Под общим недоразвитием речи понимаются различные сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к её звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте. В речи отмечаются многочисленные аграмматизмы, недостаточная фонетическая оформленность. Отмечается отставание экспрессивной речи от импрессивной, которая является более сформированной. Также отмечается низкая речевая активность, которая снижается, при отсутствии коррекционного воздействия [33].

В группу с ОНР объединяют детей с различными формами речевых

нарушений в случаях, при улови единств патологических проявлений по трем указанным компонентам [5]. Например, такие патологии как: дизартрия, алалия, ринолалия, афазия. Не зависимо от природы дефекта, у детей с ОНР существует ряд проявлений, которые указывают на нарушение системы в целом, к ним относятся нарушение звукопроизношения и фонемообразования, позднее появление активной речи, резко ограниченный лексический запас, выраженный аграмматизм, специфические нарушения слоговой структуры слов, несформированность связной речи [6]. Недоразвитие речи у дошкольников может проявляться как в полном отсутствии речи, так и в развёрнутой речи с отдельными нарушениями в звукопроизносительной, лексической и грамматической сторонах [38].

Р. Е. Левина выделила три уровня общего недоразвития речи на основе анализа степени сформированности различных компонентов языковой системы [20].

I уровень ОНР характеризуется от полного отсутствия речи до наличия только ее элементов. В основном у детей данного уровня ОНР сочетается с неврологическими и психопатологическими синдромами, что свидетельствует не только о задержке созревания ЦНС, но и о негрубом повреждении отдельных мозговых структур [8]. Активный словарь таких детей состоит из небольшого числа звукоподражаний, комплексов звуков, обиходных слов, произносимых нечетко и часто сопровождающихся невербальными средствами. Ребенок обозначает несколько понятий одним и тем же звуком, словом, что говорит об ограниченности словаря. При этом дифференциация обозначений предметов и действий практически отсутствует, также возможны замены названий действий и предметов. Фразовая речь отсутствует: используются однословные слова-предложения. В звукопроизношении отмечается полиморфное нарушение, смазанность, серьезные нарушения выявляются в слоговой структуре [6].

II уровень речевого развития детей характеризуется начатками общеупотребительной речи, общение реализуется только с помощью

невербальных средств и несвязных слов, а также через использование речевых средств, искаженных в фонетическом и грамматическом планах. Используется фразовая речь, дети отвечают на вопросы, могут рассказать по картинке о знакомых событиях, рассказ примитивен, зачастую сводится к перечислению событий либо предметов, в связи с тем, что они не владеют навыками связной речи [13]. На втором уровне дети дифференцированно называют предметы, и действия с ними, а также называют отдельные признаки. В речи могут использовать союзы, местоимения, простые предлоги в их элементарных значениях. Предложения используются простые, содержащие два или три слова, редко четыре. Уровень словарного запаса не соответствует возрасту, ограничен не только номинативный, но предикативный словари, зачастую наблюдаются замены слов близких по семантике, союзы и частицы используются редко. Отмечаются грубые аграмматизмы: опускаются либо заменяются предлоги, а существительные употребляются в именительном падеже. При произношении слов нарушается как слоговая структура, так и звуконаполняемость: наблюдаются перестановки слогов, звуков, замена и уподобление слогов, пропуск звуков при стечении согласных, недостаточность фонематического слуха, а в связи с этим — неподготовленность к овладению звуковым анализом и синтезом [8].

Рассмотрим третий уровень речевого развития, у детей, находящихся на данном уровне, речь развёрнута, отсутствуют тяжёлые фонетические, лексические и грамматические нарушения. Более четко эти недостатки прослеживаются в разных видах монологической речи. Отмечается неправильное понимание и употребление бытовой лексики. В экспрессивном словаре превалируют имена существительные и глагольная лексика, недостаточно используются имена прилагательные и наречия, сложные предлоги почти не используются, а простые предлоги употребляются с ошибками. В грамматическом строе речи также отмечаются нарушения: ошибки в употреблении падежных окончаний, временные и видовые формы глаголов смешиваются, отмечаются трудности в употреблении связей

согласования и управления, знание грамматических форм слабо закрепляется в понимании. Дети не понимают значений слов и выражений, смешивают слова по звуковому и семантическому сходству [5]. В психологическом плане у этих детей отмечаются отдельные черты общей эмоционально-волевой незрелости, слабая регуляция произвольной деятельности [8].

Т. Б. Филичева, добавила IV уровень, к которому относятся дети с нерезко выраженными остаточными проявлениями лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития речи, которые выявляются в процессе углубленного логопедического обследования [33].

В свою очередь недостаточная речевая деятельность накладывает свой отпечаток и на формирование высших психических функций у детей, так психическая сторона характеризуется недостаточной устойчивостью внимания, ограниченными возможностями его распределения, низким уровнем развития памяти и мышления.

Дизартрия — это нарушение звукопроизношения и просодической стороны, обусловленное органической недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата [1].

Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение фонетической стороны речи, которое связано с органическим поражением центрального и периферического отделов нервной системы. Большинство авторов относят к дизартрии расстройства артикуляторной, темпо-ритмической, мелодико-интонационной сторон речи, а также нарушения процесса голосообразования [22].

Существуют разные формы дизартрии, более легкие наблюдаются у детей без явно выраженных двигательных расстройств. Например, у таких детей, которые перенесли легкую асфиксию или родовую травму, или имеющих в анамнезе влияние других нерезко выраженных патогенных факторов в различные периоды развития ребенка. В этих случаях легкие формы дизартрии сочетаются с другими признаками минимальной мозговой дисфункции [14].

Нарушения в эмоционально-волевой сфере проявляются в виде истощаемости нервной системы и повышенной эмоциональной возбудимости. Для многих детей с дизартрией и ОНР характерно замедленное формирование пространственно-временных представлений, оптико-пространственного восприятия, фонематического анализа, конструктивного праксиса. Незрелость эмоционально-волевой сферы у этих детей сочетается с низкой умственной работоспособностью, эмоциональной лабильностью [2].

У детей с дизартрией из-за отдельного локального поражения нервной системы, ограниченной чувственности опыта могут возникать недостатки отдельных видов восприятия. Чаще встречается нарушение или зрительного, или пространственного восприятия. У детей затруднено различение цвета и его оттенков, затрудняются в узнавании перечеркнутых, контурных и наложенных изображений. Нарушение пространственного гнозиса могут проявляться в трудностях ориентирования в схеме собственного тела, нередко отмечаются трудности в целостности восприятия предметов. При поражении правого полушария у детей отмечаются пространственные нарушения такие, как неумение соблюдать и анализировать пропорции предмета, бедность деталей, изображения «человеко-головы», неумение располагать рисунок на листе бумаги. Также недостаточная сформированность зрительно-пространственного гнозиса отражается и на речевой деятельности ребенка: может страдать словарь прилагательных или существительных, искаженное употребление пространственной лексики (внизу, сзади, справа и т.д.) также страдает употребление пространственных предлогов не только сложных, но и простых (у, около, из-за и т.д.). Эти нарушения находят свое отражение в построении логико-грамматических конструкций.

Практически у всех детей с дизартрией нарушается внимание, о его нарушении свидетельствуют такие факты как:

1. Ребенок перебивает разговор взрослых.

2. Не может дослушать задание до конца.

3. По инструкции воспитателя он не может долгое время сидеть на месте.

4. Во время игры громко кричит, перебивает сверстников, зачастую остается вне игры.

5. Повышенная отвлекаемость во время выполнения задания.

У ребенка с дизартрией снижена вербальная память, а также может страдать моторная или двигательная память. Нарушение зрительно-пространственного гнозиса может сочетаться с нарушениями соответствующих видов памяти. Оптимальный уровень усвоения материала: с расстояния в два метра у ребенка проявляется максимальный уровень усвоения знаний, с трех метров уровень усвоения материала снижается на 15-20 %.

При первичном речевом нарушении замедляется формирование потенциально сохранных умственных способностей, что препятствует нормальному интеллектуальному развитию. Но при устранении речевых нарушений умственное развитие приближается к норме.

В эмоционально-волевой сфере детей с дизартрией наблюдается легкая возбудимость, эмоциональная лабильность, повышенный уровень тревожности, которые приводят к проблемам в поведении, вплоть до аффективных вспышек, психопатоподобного поведения.

Таким образом, можно сделать вывод, что у детей с общим недоразвитием речи страдает не только речевая функция, но и многие другие процессы. У них наблюдается снижение уровня памяти и внимания, общая соматическая ослабленность, появляются затруднения в коммуникации, что негативно влияет на их общее развитие. Также можно отметить, что у детей с общим недоразвитием речи нарушено формирование пальчиковой моторики.

1.3 Характеристика устной речи детей дошкольников с ОНР и дизартрией

Устная связная речь является одной из сложных форм речевой деятельности. Она носит характер последовательного систематического развернутого изложения.

Ф. А. Сохин отмечал, что связная речь обнаруживает все достижения ребенка в овладении родным языком, в освоении его фонетической и лексической стороной, а также грамматического строя. Поэтому судить об уровне речевого развития ребенка можно судить по тому, как он выстраивает связные высказывания.

Г. С. Тимофеева в своих работах отмечала, дети с ОНР сталкиваются с большими трудностями при овладении связной речью, особенно затрудняются говорить монологической речью. Ведь вести монолог, это умение составить в голове набросок того что ты будешь говорить и на протяжении всего речевого периода удерживать ее в памяти. Ведь страдает логическое мышление, в виду этого имеются недостатки в сфере лексики и грамматики [34].

В высказываниях детей с ОНР отмечаются отсутствие четкости и последовательности изложения, фрагментарностью, отрывочностью. Как правило, дети в своих высказываниях акцентируют внимание на впечатлениях, и с трудом устанавливают причинно-следственные взаимоотношения героев своего рассказа. Дети данной категории также испытывают трудности программирования содержания развернутых монологов, что выражается в отсутствии самостоятельности составления рассказов и их воспроизведения, где отмечаются, нарушается последовательность изложения, также это выражается в смысловых пропусках, незавершенности фрагментов, длительных паузах на границах фраз [40].

В ходе анализа сформированности связной речи выявляются трудности овладения основными ее видами: пересказом, составлением рассказов с опорой на картину, с опорой на заданный план. Самостоятельный рассказ детей нередко заключается лишь в перечислении изображенных предметов, действий, дети могут заикливаться на второстепенных деталях, опуская главное в содержании. А во время пересказов возникают трудности воспроизведения логики действий, их последовательности [38].

Учеными установлено, что дошкольники, имеющие первый уровень речевого развития, характеризуется полным или почти полным отсутствием вербальных средств общения, когда у нормально развивающихся детей речь в основном сформирована. Экспрессивный словарь детей данной категории состоит из нечетко произносимых бытовых слов, звукоподражаний и звукокомплексов, широко используются невербальные средства общения. Дети пользуются одним и тем же комплексом для обозначения предметов, действий, качеств, а интонацией и жестами обозначают разницу значений. Лепетные образования в зависимости от ситуации можно расценить как однословные предложения.

Если исключить ситуационно ориентирующие признаки, дети испытывают трудности в различении таких грамматических форм, как формы единственного и множественного числа существительных, прошедшего времени глагола, формы мужского и женского рода, не понимают значения предлогов. При восприятии обращенной речи доминирующим оказывается лексическое значение [2].

Отличительная черта речевого развития этого уровня — ограничение способности восприятия и воспроизведения слоговой структуры слова. Связная речь на данном уровне отсутствует.

Благодаря возрастанию речевой активности ребенка осуществляется переход ко второму уровню речевого развития, где общение осуществляется не только с помощью жестов, лепетных слов, но и с помощью речевых средств, но искаженных в фонетическом и грамматическом отношениях [2].

Дети дифференцированно называют предметы, и действия с ними, а также называют отдельные признаки. В речи могут использовать союзы, местоимения, простые предлоги в их элементарных значениях [3].

Как показывают исследования Н. С. Жуковой, Е. М. Мастюковой, Т. Б. Филичевой, дети с третьим уровнем имеют в целом уже сформированную фразовую речь с немногочисленными элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития; элементами аграмматизма в виде неправильного употребления существительных и прилагательных множественного числа в косвенных падежах, неправильного согласования существительных и прилагательных с числительными. Лексический словарь развит практически на уровне нормы. Дети не умеют применять способы словообразования и словообразования приставочным и суффиксальным способами, а также не всегда могут подобрать однокоренные слова. Зачастую наблюдаются замены названия части названием целого, нужного слова другим, сходным по смыслу [40].

Связная речь и на данном уровне остается недостаточно сформированной, особенно это проявляется в формулировании свободных высказываний, также в речи детей преобладают простые распространенные предложения, практически не используются сложные конструкции. Понимание обращенной речи значительно развивается, приближаясь к норме [3].

Н. А. Никашина также указывает, что особое внимание следует уделить произносительной стороне речи детей дошкольного возраста с ОНР и дизартрией. Для большинства форм дизартрии характерны изменения мышечного тонуса речевой мускулатуры, которые имеют сложный патогенез, связанный и с локализацией поражения, и со сложной дезинтеграцией всего рефлекторного, двигательного и речевого развития. Поэтому в отдельных артикуляционных мышцах тонус изменяется по-разному [28].

Л. В. Лопатина выделяет следующие формы нарушения тонуса мышц в артикуляционной моторике:

1. Спастичность артикуляционных мышц (постоянное повышение тонуса в мускулатуре языка, губ, в лицевой и шейной мускулатуре). При выраженном повышении тонуса мышц язык напряжен, оттянут кзади, спинка его изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Напряженная спинка языка, приподнятая к верхнему нёбу, способствует смягчению согласных звуков. Поэтому особенностью артикуляции при спастичности мышц языка является палатализация, что может способствовать недоразвитию фонематического слуха. Ребенок, при произнесении слов, отличающихся твердостью и мягкостью согласного звука (пыл и пыль, мол и моль) может испытывать трудности в различении значений таких слов. Повышение мышечного тонуса в круговой мышце рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию рта, что ограничивает активные движения. Невозможность или ограничение объема движения языка вперед может быть связано со спастичностью подбородочно-язычной, челюстно-подъязычной и двубрюшной мышц, а так же мышц, прикрепляющихся к подъязычной кости. Повышение мышечного тонуса в лицевых и шейных мышцах еще более ограничивает произвольные движения в артикуляционном аппарате [24].

2. Гипотония артикуляционных мышц (снижение тонуса в мышцах речевого аппарата). При данном нарушении тонуса язык тонкий, распластаный в полости рта, губы вялые, отсутствует возможность их полного смыкания. В силу этого рот полуоткрыт, отмечается выраженная гиперсаливация. Особенностью артикуляции при гипотонии является назализация, когда гипотония мышц мягкого нёба препятствует достаточному движению небной занавески вверх и прижатию ее к задней стенке зева. При этом струя воздуха выходит через нос, а ротовая струя воздуха слаба, что приводит к нарушению произношения губно-губных смычных шумных согласных [п], [б] и их мягкие пары. Затруднена

палатализация, в связи с чем произношение глухих смычных согласных нарушено, кроме того, при образовании глухих смычных необходима более энергичная работа губ, которая также отсутствует при гипотонии. Легче произносятся губно-губные смычные [м, м'], а также губно-зубные щелевые шумные согласные, артикуляция которых требует неплотного смыкания нижней губы с верхними зубами и образования плоской щели – [ф, ф', в, в']. Нарушается произношение и переднеязычных смычных шумных согласных [т, т', д, д'], искажается артикуляция переднеязычных щелевых согласных ж, ш. Нередко наблюдаются различные виды сигматизма, особенно часто межзубный и боковой [24].

3. Дистония (меняющийся характер тонуса мышц). При данном нарушении в состоянии покоя тонус мышц речевого аппарата низкий, но при попытке речи он резко возрастает. Характерной особенностью этих нарушений является их динамичность, непостоянство искажений, замен и пропусков звуков. Нарушение речевой моторики при стертой дизартрии является результатом ограничения подвижности артикуляционных мышц, которое усиливается нарушениями мышечного тонуса, наличием непроизвольных движений (тремора, гиперкинезов) и дискоординированными расстройствами. Ограничение подвижности мышц речевого аппарата зависит от измененного мышечного тонуса, параличей и парезов артикуляционной мускулатуры, а также от оральной апраксии. В результате недостаточной подвижности речевых мышц грубо нарушается звукопроизношение. Особенно ограниченной становится подвижность языка: отмечается недостаточность подъема кончика языка вверх в полости рта. В этих случаях страдает произношение большинства звуков. Если наблюдаются ограничения движения языка вниз, то это может нарушать произношение шипящих и свистящих фонем, а также гласных переднего ряда [и, э] и других звуков. Ограничение движения языка назад нарушает артикуляцию заднеязычных звуков и некоторых гласных, особенно среднего и нижнего подъема [э, о, а]. Наряду с ограниченной подвижностью языка

обычно отмечается малая подвижность губ, становится невозможным или ограниченным вытягивание губ трубочкой, растягивание углов рта, а также другие движения, которые меняют размер и форму преддверия рта, оказывая влияние на резонаторную функцию всей ротовой полости. При поражении мышц губ страдает произношение, как гласных, так и согласных звуков. Особенно нарушается произношение лабиализованных звуков [о, у], при их произнесении требуются активные движения губ (вытягивание, округление). Нарушается произношение губно-губных смычных звуков [п], [б], [м] и их мягких пар. Ребенок затрудняется вытянуть губы вперед, округлить их, растянуть углы рта в стороны, поднять вверх верхнюю губу и опустить нижнюю и выполнить целый ряд других движений. Нарушения звукопроизношения утяжеляются ограниченной подвижностью мышц мягкого неба, парезы этих мышц ограничивают подъем небной занавески в момент речи, при этом происходит утечка воздуха через нос, голос приобретает назальный оттенок, искажается тембровая окраска речи, недостаточно выражены шумовые признаки звуков. Парезы мышц лицевой мускулатуры также влияют на звукопроизношение [24].

Нарушения артикуляционной моторики характеризуются следующими признаками:

1. Дискоординационные расстройства, проявляющиеся в нарушении точности и соразмерности артикуляционных движений, в том числе тонких дифференцированных движений. Отсутствии выраженных парезов в речевой мускулатуре сказывается в том, что произвольные движения выполняются неточно и несоразмерно, часто с гиперметрией. Произношение звуков нарушается серьезнее при произнесении автоматизированных звуков в слогах, словах и предложениях, что связано с запаздыванием включения некоторых артикуляционных движений, необходимых для произнесения отдельных звуков и слогов, поэтому речь становится замедленной и скандированной.

2. Насильственные движения и оральные синкинезии, искажающие произношение звуков. Звукопроизношение. Отмечаются подергивания языка, губ, иногда в сочетании с гримасами лица, проявляется мелкое дрожание языка. Насильственные движения наблюдаются и в покое, и в статических артикуляционных позах, усилятся при произвольных движениях или попытках к ним. Этим они отличаются от синкинезий — непроизвольных сопутствующих движений, которые возникают только при произвольных движениях. Синкинезии могут наблюдаться не только в речевой мускулатуре, но и в скелетной, особенно в тех ее отделах, которые в анатомическом и функциональном планах имеют тесную связь с речевой функцией. При движении языка у детей со стертой дизартрией нередко наблюдаются сопутствующие движения пальцев правой руки (особенно большого пальца).

3. Недостаточность артикуляционного праксиса (диспраксия). Выделяют два типа диспраксических расстройств: кинестетический и кинетический. При кинестетическом расстройстве наблюдаются трудности и недостаточность в развитии обобщений артикуляционных укладов, преимущественно согласных звуков. Такие нарушения непостоянны, замены звуков неоднозначны. При кинетическом типе отмечается недостаточность временной организации артикуляционных укладов. При этом нарушается произношение, как гласных, так и согласных фонем [24].

Выводы по 1 главе

1. Анализ литературы, по проблеме исследования, позволяет утверждать, что у данных детей по сравнению с нормой фонетическая сторона речи формируется продолжительнее по времени, помимо нарушения произношения звуков, нарушается выразительность и темпо-ритмическая сторона речи. В свою очередь недостаточная речевая деятельность накладывает отпечаток и на формирование высших психических функций у детей с общим недоразвитием речи и дизартрией. Так наряду с нарушениями речевой сферы отмечаются нарушения внимания, памяти, мышления,

эмоционально-волевой сферы и замедленное формирование ряда высших корковых процессов: пространственного гнозиса, фонематического анализа, конструктивного праксиса.

Внимание у таких детей неустойчиво, нестабильно, произвольное внимание слабо сформировано; недостаточны устойчивость и объем внимания, отмечается низкий уровень его распределения.

2. Объем памяти сужен по сравнению с нормой, для запоминания требуется большее количество времени и повторов. При относительно сохранной смысловой, логической памяти, снижена вербальная память, страдает продуктивность запоминания. Отмечается забывание сложных инструкций, элементов и последовательности заданий. Испытывают затруднения в понимании абстрактных понятий и отношений. Скорость протекания мыслительных операций замедлена, замедленно и восприятие учебного материала. Данные особенности необходимо учитывать на каждом логопедическом занятии и развивать эти психические процессы.

При всем разнообразии патологических проявлений, существует ряд общих психолого-педагогических особенностей, характеризующих детей с речевыми нарушениями. Это, прежде всего, личностные нарушения — фиксация на дефекте, трудности речевой коммуникации, речевой и поведенческий негативизм, что усложняет структуру нарушений и ведет к нарушению социальной адаптации.

3. Для дизартрии характерно наличие симптомов микроорганического поражения центральной нервной системы, проявляющегося в недостаточной иннервации органов речи — головного, артикуляционного и дыхательного отделов; нарушение тонуса артикуляционной и мимической мускулатуры.

4. При общем недоразвитии речи устная связная речь полностью отсутствует. Ее зачатки наблюдаются только при третьем уровне общего недоразвития речи. Несформированность связной речи детей дошкольного возраста отрицательно сказывается на развитии всей речемыслительной

деятельности, ограничивает их коммуникативные потребности и познавательные возможности, препятствует овладению знаниями. Исходя из этого, работа над диалогической и монологической речью занимает центральное место в проведении коррекционно-воспитательной работы с детьми с ОНР и дизартрией.

ГЛАВА 2. КОНСТАТИРУЮЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И АНАЛИЗ ЕГО РЕЗУЛЬТАТОВ

2.1. Организация и принципы констатирующего эксперимента

Исследование проводилось на базе МБ ДОУ "Детский сад компенсирующего вида № 452". Сроки проведения эксперимента с 1 ноября 2017 года по 26 января 2018 года. В исследовании приняли участие 10 воспитанников средней группы в возрасте 5 — 6 лет, с общим недоразвитием речи II и III уровня, с псевдобульбарной дизартрией.

Содержание констатирующего эксперимента опирается на принципы, разработанные Л. С. Выгодским, Р. Е. Левиной, П. Я. Гальпериным и др. [7].

Принцип динамического изучения, подразумевающий использование диагностических способов с учетом возраста обследуемого, обнаружение его допустимых способностей.

Принцип развития, который предполагает анализ речевого дефекта в динамике возрастного развития ребенка, оценку причины возникновения, предположение последствий влияния речевого дефекта, все это требует знания особенностей и закономерностей речевого развития на каждом возрастном этапе, предпосылок и условий, обеспечивающих его развитие.

Принцип системного подхода основывается на системном строении и системном взаимодействии различных компонентов речи: звуковой стороны, фонематических процессов, лексико-грамматического строя.

Принцип качественного анализа данных включает в себя методы действий, характер ошибок, связь ребенка с экспериментатором, а еще к результатам собственной деятельности. Высококачественный анализ приобретенных итогов при обследовании речи не противопоставляется учету количественных данных.

Деятельностный принцип, учитывает активность ребенка, в согласовании с которой проводится коррекционная деятельность.

Принцип последовательного подхода, подразумевающий проведение исследования в соответствии с этапами. Любому этапу ставятся свои задачи, способы и приемы коррекционной работы.

Первый этап — подготовительный, включал в себя подготовку речевого и иллюстрационного материала.

Второй этап — основной, включал собственно обследование детей. Обследование речи ребенка организовалось в течение четырех встреч, продолжительность занятия 15 минут.

Третий этап — заключительный, включал в себя анализ полученных результатов.

Нами было проведено исследование с целью выявления нарушений речи у детей.

Констатирующий этап педагогического эксперимента был проведен в два этапа с ноября по январь 2017 — 2018 года. На первом этапе были проанализированы анамнестические данные детей, на втором этапе в методике было проведено экспериментальное обследование уровня развития речевой памяти и лексико-грамматического строя речи.

В ходе констатирующего эксперимента использовались данные медицинской и педагогической документации, сведения о детях, полученные от родителей, педагогов. В ходе работы были использованы: учебно-методическое пособие для обследования детей с нарушением речи Н. М. Трубниковой [36], альбом для логопеда О. Б. Иншаковой [16].

Результаты обследования оценивались количественно по трехбалльной шкале, и качественно с выделением конкретных нарушений у каждого испытуемого.

2.2 Анализ медико-педагогической документации

Во время изучения анамнестических акцент был сделан на ознакомлении со следующими разделами: характер беременности, течение родов, перенесенные заболевания, раннее моторное и речевое развитие [36].

Интерес к раннему моторному развитию обусловлен тем, что оно протекает параллельно становлению речи и определяет ее дальнейшее развитие.

С общими сведениями об анамнезе и раннем развитии можно ознакомиться в Приложении 1 (таблица 1).

На основании данных об анамнезе и раннем развитии делаем выводы о том, что из 10 матерей во время беременности, у одной была зафиксирована анемия, у 2 — хронические заболевания, у 2 — токсикоз, у 1 — отрицательный резус фактор, 2 — перенесла инфекционные заболевания, 1 — отечность с 6 месяца беременности.

Характер родов: досрочные роды у четырех мам, у трех мам роды в срок, трем мамам потребовалось стимулирование, у одной мамы было кесарево сечение. О заболеваниях у семи испытуемых информации нет, 3 ребенка перенесли инфекции в раннем возрасте, у 1 ребенка травмы головного мозга, у одного ребенка была выявлена кондуктивная тугоухость.

Раннее психомоторное развитие у 8 детей в норме. У двоих была выявленна задержка первых самостоятельных шагов, один ребенок сел с отставанием от нормы. Речевое развитие: задержка гуления у 5 детей, задержка лепета у 6 детей, задержка первых слов у 5 детей, задержка фразовой речи у 6 испытуемых.

Таким образом, все периоды развития ребенка были отягощены хроническими заболеваниями, токсикозом, перенесенными инфекциями. Задержки в физическом развитии могли привести к отклонению в речевом развитии.

2.3 Методика и анализ результатов исследования моторных сфер у детей с псевдобульбарной дизартрией

В ходе эксперимента всем детям были предложены одинаковые задания на исследование артикуляционного и моторного праксиса.

По окончании проведенной работы с детьми нами были обработаны полученные данные. Полученные результаты в ходе обследования были сопоставлены, и были сделаны выводы, что затруднения у детей встречаются на каждом этапе обследования, при этом уровень выполнения у всех детей примерно одинаков, ошибки и темп выполнения работы совпадают.

Методика и результаты исследования состояния общей моторики.

Содержание проб подробно описано в Приложении 2.

1. Обследование двигательной памяти. Выполнено 2 пробы.

Анализ состояния двигательной памяти.

Все предложенные задания были выполнены по словесной инструкции, в случае затруднения — по показу.

Качественная оценка: качество, правильность, последовательность выполнения движений, особенности переключения с одного движения на другое.

Количественная оценка осуществлялась в баллах:

3балла — выполнение правильное;

2балла — не полный объем движений, ребенок допускает 1-2 нарушения;

1балл — при выполнении наблюдалось 3 и более нарушений, нарушения качества, правильности, последовательности выполнения движений, слабое переключение с одного движения на другое.

2. Обследование произвольного торможения. Выполнена 1 проба.

Анализ состояния произвольного торможения.

Все предложенные задания были выполнены по словесной инструкции, при затруднениях — по показу.

Качественная оценка: плавность и точность движений обеих ног, соответствие двигательной реакции сигналу.

Количественная оценка осуществлялась в баллах:

3балла — выполнение правильное;

2балла — движения не в полном объеме, ребенок допускает 1 — 2 нарушения;

1балл — при выполнении наблюдалось 3 и более нарушений, нарушение плавности, точности движений обеих ног, нарушение соответствия двигательной реакции сигналу.

3. Обследование статической координации движения. Выполнено 2 пробы.

Анализ составления статической координации движения.

Все предложенные задания были выполнены по словесной инструкции, при затруднениях — по показу.

Качественная оценка: позиция удерживается свободно или присутствует напряжение, раскачивание с одной стороны на другую; баланс туловищем руками или головой; схождение с одного места или совершается рывок в какую-либо сторону, другая нога касается пола.

Количественная оценка осуществлялась в баллах:

3балла — выполнения правильное;

2балла — не полный объем движений, ребенок допускает 1 — 2 нарушения;

1балл — при выполнении наблюдалось 3 и более нарушений, позиция удерживается напряженно, совершается раскачивание в разные стороны; туловище балансирует при помощи рук или головы, схождение с одного места, рывки в разные стороны, другая нога качается пола.

4. Обследование динамической координации движений.

Выполнено 2 пробы.

Анализ состояния динамической координации движений.

Задания были выполнены по словесной инструкции, при затруднениях — по показу.

Качественная оценка:

1. верное выполнение с первого раза, после двух, трех попыток присутствует напряжение, невозможность чередование шага с хлопком.

2. верное выполнение, присутствует ли напряжение, раскачивание, туловище балансирует руками, ступает на всю ступню целиком.

Количественная оценка осуществлялась в баллах:

3балла — выполнение правильное;

2балла — не полный объем движений, ребенок допускает 1-2 нарушения;

1балл — при выполнении 3 и более нарушений, выполнение с напряжением, раскачивание из стороны в сторону, балансирование туловищем, руками, становление на всю ступню.

5. Обследование пространственной организации движений. Выполнено 3 пробы.

Задания выполнялись по словесной инструкции, при затруднениях — по показу.

Качественная оценка: ошибки в пространственной координации: незнание

сторон тела, ведущей руки, неуверенность выполнения.

Количественная оценка осуществлялась в баллах:

3балла — выполнение правильное;

2балла — упражнение выполнено не в полном объеме, ребенок допускает 1 — 2 нарушения;

1балл — наблюдение наблюдалось 3 и более нарушений, повторение в ускоренном или замедленном по сравнению с образцом темпе: ошибки в

пространственной координации: незнание сторон тела, ведущей руки, неуверенность выполнения.

6. Обследование темпа речи. Выполнено 2 пробы.

Анализ состояния пространственной организации движений.

Задания были выполнены по словесной инструкции, при затруднениях — по показу.

Качественная оценка: темп нормальный ускоренный, быстрый, замедленный, медленный.

Количественная оценка осуществлялась в баллах:

3балла — выполнение правильное;

2балла — упражнение выполнено не в полном объеме, ребенок допускает 1 — 2 нарушения;

1балл — при наблюдении наблюдалась 3 и более нарушений, темп нормальный ускоренный, быстрый, замедленный, медленный.

7. Обследование ритмического чувства. Выполнено 2 пробы.

Анализ состояния ритмического чувства.

Все предложенные задания были выполнены по словесной инструкции, при затруднениях — по показу.

Качественная оценка: повторение ритмического рисунка выполнено с ошибками. Темп ускоренный или замедленный в отличие от образца: в ритмическом рисунке нарушено число элементов.

Количественная оценка осуществлялась в баллах:

3балла — выполнение правильное;

2балла — упражнение выполнено не в полном объеме, ребенок допускает 1 — 2 нарушения;

1балл — при наблюдении наблюдалась 3 и более нарушений, повторение в ускоренном или замедленном по сравнению с образцом темпе: нарушение количество элементов в данном ритмическом рисунке.

Результаты обследования общей моторики

Дети	Длительная память	Произвольное торможение	Статическая координация движений	Динамическая координация движений	Пространственная организация движения	Темп	Ритмическое чувство	Средний балл
Надежда	3	2	1	2	2	2	2	1,4
Александра	3	3	2	2	2	3	2	1,7
Алексей	2	2	3	2	2	3	3	1,7
Роман	2	2	1	1	1	2	2	1,1
Александр	2	1	2	2	1	2	1	1,1
Артем	3	3	2	2	2	3	2	1,7
Арсений	3	2	2	2	2	3	3	1,7
Рамиль	2	1	2	2	1	2	1	1,1
Даниил	2	1	2	2	1	2	2	1,2
Константин	2	2	1	1	2	2	1	1,1
Средний балл	2,4	1,9	1,8	1,8	1,6	2,4	1,9	1,38

По результатам исследования было выявлено, что у всех детей нарушена примерно в равной степени общая моторика, их показатель колеблется от 1,1 до 1,7 баллов. Хуже всего развита пространственная ориентация движений, средний балл составил 1,6 балла. Лучше всего развита длительная память и ритмическое чувство, средний балл 2,4.

По результатам исследования двигательной памяти средний балл составил 2,4. У четырех детей — Надежды, Александры, Артема, Арсения — данный навык сформирован. У шести детей — Алексея, Александра, Романа, Рамиля, Даниила, Константина — частичное выполнение данных проб. Затруднено переключение с одного движения на другое, выполнение движений неверно.

По результатам исследования средний балл на пробу для обследования произвольного торможения составил 1,9. Только Александра и Артем справились с пробами для обследования произвольного торможения.

Остальные дошкольники выполняли пробы частично, у них были отмечены неточности в движении обеих ног, несоответствие торможения сигналу.

По результатам обследования статической координации движений средний балл составил 1,8. Полностью справился один ребенок — Алексей. У остальных детей наблюдалось частичное выполнение проб, балансирование руками, удержание позы с напряжением, наблюдалось покачивание из стороны в сторону.

По результатам обследования динамической координации движений все дети справились частично, средний балл 1,8. Были обнаружены такие недостатки выполнения, как: выполнение пробы со 2 — 3 раза, при выполнении приседаний наблюдается раскачивания, движения напряженные, не удается чередование хлопка и шага.

По результатам обследования пространственной организации движений был выявлен средний балл, который составил 1,6 балла.

По результатам обследования ритмического чувства средний балл составил 1,9 балл. Отмечено, что данный навык сформирован у двоих детей — Алексея и Арсения. У остальных детей при отображении ритмического рисунка наблюдались следующие ошибки — нарушение количества элементов в заданных ритмических рисунках, повторение в ускоренном по сравнению с образцом темпе.

Таким образом, можно сделать вывод, что у всех исследуемых дошкольников имеются нарушения в общей моторике. Это, указывает на то, что при легкой степени псевдобульбарной дизартрии страдает вся моторная сфера, а именно общая моторика. И ведущим является нарушение объема, нарушение произносительных движений, скорости, переключаемости и амплитуды движений.

Методика и результаты исследования пальчиковой моторики.

Содержание проб подробно описано в приложении 2.

1. Обследование статической координации движений.

Выполнено 9 проб.

Анализ состояния статической координации движений.

Задания были выполнены по словесной инструкции, при затруднении – по показу.

Качественная оценка: плавное, точное и одновременное выполнение проб: напряженность, скованность движений, нарушение темпа выполнения движения (не под счет), нарушение переключаемости с одного движения на другое, синкинезии, гиперкинезы, невозможность удержания созданной позы, невыполнение движения.

Количественная оценка осуществлялась в баллах:

3балла — выполнение правильное;

2балла — не полный объем движений, ребенок допускает 1-2 нарушения;

1балл — при выполнении 3 и более нарушений, наблюдаются поиск движения или его замена, движение быстро истощается или не выполняется.

2. Обследование динамической координации движений. Выполнено 3 пробы.

Анализ состояния динамической координации движений.

Задания были выполнены по словесной инструкции, при затруднениях — по показу.

Качественная оценка: плавное, точное и одновременное выполнение проб, напряжение, скованность движений, нарушение темпа, переключаемости с одного движения на другое, синкинезии, гиперкинезы, невозможность удержания созданной позы, невыполнение движения.

Количественная оценка осуществлялась в баллах:

3балла — выполнение правильное;

2балла — не полный объем движений, ребенок допускает 1 — 2 нарушения;

1 балл — при выполнении с 3 и более нарушениями, отмечается движения или его замена, движение быстро истощается или не выполняется.

**Результаты обследования мелкой моторики детей с ОНР и
псевдобульбарной дизартрией**

Дети	Статическая координация движений	Динамическая координация движений	Средний балл
1. Надежда	2	3	2,5
2. Александра	3	2	2,5
3. Алексей	2	2	2
4. Роман	1	1	1
5. Александр	1	2	1,5
6. Артем	3	2	2,5
7. Арсений	2	3	2,5
8. Рамиль	1	2	1,5
9. Даниил	1	1	1
10. Константин	2	2	2
Средний балл	1,8	2	1,9

По данным обследования были выявлены нарушения пальчиковой моторики у всех испытуемых, которые проявляются в одинаковой степени: средний балл колеблется от 1 до 2,5 баллов. При обследовании статической координации был выявлен средний балл 1,8, динамической координация — 2 балла.

Лучше всех справлялись с предложенными заданиями Надежда, Александра, Артем, Арсений, их средний балл 2,5 — самый высокий. Но следует отметить, что труднее всех справились с заданиями Роман и Даниил их средний балл — 1.

В итоге исследования при выполнении проб отмечалась скованность и напряженность движений. Данный навык полностью сформирован у двоих детей — Александры, Артема по результатам исследования статической координации движений. У других детей навык недостаточно сформирован.

*Методика и результаты исследования состояния органов
артикуляционного аппарата*

Содержание проб подробно описано в приложении 2.

1. Обследование двигательных функций языка. Выполнено 8 проб.

Анализ состояния двигательных функций языка.

Все задания выполнялись сначала по показу, а затем по словесным указаниям.

Качественная оценка: выполнено задание верно, недостаточные движения языка; наблюдается содружественность движений; движения языка неуклюжие, массивные, неправильные, медленные; язык отклоняется в сторону, наблюдается тремор языка, гиперкинезы; движения истощены, наблюдается саливация; язык в заданном положении не удерживается; не выполнение движения.

Количественная оценка осуществлялась в баллах:

3балла — выполнение правильное;

2балла — выполнение проб не в полном объеме, ребенок допускает 1 — 2 нарушения;

1балл — при выполнении 3 и более нарушений, движения языка невозможны, движения языка имеют недостаточный диапазон, содружественные движения; вялые движения языка, имеются отклонения языка в сторону, тремор, гиперкинезы, саливация, язык не удерживается в определенном положении.

2. Обследование двигательных функций губ. Выполнено 8 проб.

Анализ состояния двигательных функций губ.

Все задания были выполнены сначала с показом, а затем по словесным указаниям.

Качественная оценка: выполнено задание верно; наблюдается содружественность движений; движения неуклюжие, неправильные, медленные, не точные; движения истощены, саливация; губы в заданном положении не удерживаются; не выполнение движения.

Количественная оценка осуществлялась в баллах:

3балла — выполнение правильное;

2балла — выполнение проб не в полном объеме, ребенок допускает 1-2 нарушения;

1балл — при выполнении 3 и более нарушений, движения губ невозможны, движения губ имеют недостаточный диапазон, содружественные движения; вялые движения губ, саливация, губы не удерживаются в определенном положении.

Таблица 3

Результаты обследования артикуляционной моторики детей с ОНР и псевдобульбарной дизартрией

Дети	Язык	Губы	Нижняя челюсть	Средний балл
1. Надежда	2	3	2	2,3
2. Александра	2	3	2	2,3
3. Алексей	2	2	3	2,3
4. Роман	1	2	2	1,7
5. Александр	2	1	2	1,7
6. Артем	2	3	2	2,3
7. Арсений	2	2	3	2,3
8. Рамиль	1	2	2	1,7
9. Даниил	2	2	2	2
10. Константин	2	1	2	1,7
Средний балл	1,8	2,1	2,2	2,03

В результате обследования выявлено нарушение речевой моторики у всех испытуемых. Средний балл варьируется от 1,7 до 2,3.

Обследование двигательной функции языка показало, что данный навык не сформирован у всех исследуемых детей, средний балл составил 1,8. Труднее всего Роману и Рамилю было справиться с заданиями, их результат составил 1 балл: движения языка имеют недостаточный диапазон, возникают содружественные движения.

При обследовании двигательной функции губ был выявлен небольшой диапазон движений. Средний балл составил 2,1. Надежда, Александра, Артем справились с выполнением всех проб.

Результаты обследования двигательной функции нижней челюсти показали, что у детей имеются незначительные нарушения данной функции, средний балл 2,2, отмечался недостаточный объем движения челюсти.

На основе результатов обследования речевой моторики, можно сделать вывод, что у всех исследуемых детей имеются нарушения артикуляционной моторики, что является основной нарушений в звукопроизносительной стороне речи. Так как, у обследуемых нами детей страдают, в первую очередь, двигательная функция языка, то это может привести к нарушению произношения шипящих и свистящих звуков и некоторых других звуков.

2.4. Методика и анализ результатов изучения произносительной стороны речи у детей с псевдобульбарной дизартрией

Обследование звукопроизношения проводилось по методике О. Б. Иншаковой «Альбом для логопеда». В пособии представлен иллюстрированный материал для обследования звуков речи. Материал предъявлялся ребенку в виде акустического раздражителя (воспроизведение по слуху) и в виде оптического раздражителя (картинка).

Одним из основных требований к лексическому материалу было понимание значения слов, предлагаемых ребенку для воспроизведения при обследовании звукопроизношения.

Обследование произношения остальных звуков, проводилось дополнительно, по речевой карте Н.М. Трубниковой [36].

Результаты исследования оценивались количественно по трехбалльной системе:

3 балла — звукопроизношение в норме;

2 балла — страдает 1 — 2 звука или фонетических групп.

1 балл — страдает 3 звука и более или фонетических групп.

Таблица 4

**Результаты изучения звукопроизношения у детей с ОНР и
псевдобульбарной дизартрией с количественной оценкой**

№	Имя ребенка	Свистящие	Шипящие	Сонорные	Средний балл
1	Надежда	2	2	2	2
2	Александра	3	2	1	2
3	Алексей	2	3	2	2,3
4	Роман	2	2	2	2
5	Александр	2	2	1	1,6
6	Артем	3	2	2	2,3
7	Арсений	3	2	1	2
8	Рамиль	3	2	2	2,3
9	Даниил	2	3	1	2
10	Константин	1	3	2	2
Средний балл		2,3	2,3	2	2,05

Результаты обследования звукопроизношения показали, что нарушений в произношении гласных звуков, йотированных согласных, аффрикатов, парных звонких и глухих согласных нарушений не выявлено. В произношении свистящих и шипящих звуков средний балл составил 2,3. Сонорные звуки нарушены больше со средним баллом 2. Нарушение свистящих у 60% детей, нарушение шипящих у 70% детей, нарушение сонорных у 100% детей (Приложение 2).

Таблица 5

**Качественная характеристика звукопроизношения детей с ОНР и
псевдобульбарной дизартрией**

Имя ребенка	Свистящие				Шипящие			Соноры			
	С	С'	З	З'	Ш	Ж	Щ	Р	Р'	Л	Л'
Надежда	+	+	Ф	+	+	Ш	+	-	+	+	+
Александра	+	+	+	+	+	З	+	Горл.	+	В	+
Алексей	+	+	+	+	С	+	+	Горл.	+	+	+
Роман	Ш	+	+	+	+	+	Ч	Л	+	+	+
Александр	Ц	+	+	+	Ж	+	+	Горл.	+	В	+
Артем	+	+	+	+	+	З	+	Л	+	+	+
Арсений	+	+	+	+	+	З	+	-	+	В	+
Рамиль	+	+	+	+	С	+	+	Горл.	+	+	+
Даниил	Ш	+	+	+	+	+	+	-	+	В	+
Константин	Ш	+	Ф	+	+	+	+	Л	+	+	+

По результатам обследования у 7 детей отмечается нарушение произношения свистящих звуков – Надежды, Алексей, Романа, Даниила, Александр, Рамиль, Даниил, Константин (антропофонический дефект: межзубное произношение у Алексея; фонологический дефект: Александр — С-Ц, Надежда — З-Ф, Роман — С-Ш, Даниил — С-Ш, Константин — С-Ш и З-Ф, Рамиль — Ш-С).

У 9 детей отмечается нарушение произношения шипящих звуков (антропофонический дефект: боковое произношение — у Алексея и Александров; фонологический дефект: Роман — Щ-Ч, Надежда — Ж-З, Александра Ж-З, Алексей — Ш-С, Александр — Ш-Ж, Артем — Ж-З, Арсений — Ж-З, Рамиль — Ш-С, Даниил — Ш-С).

У всех обследуемых детей отмечается нарушение соноров (антропофонический дефект: Р — горловое произношение — у Александры, Алексея, Александра, Рамиля; у Надежды, Даниила и Арсения звук Р — отсутствует; фонологический дефект: Роман, Артем, Константин — Р-Л; у Александра, Александры, Арсения, Даниила — Л-В).

Так, у обследуемых дошкольников преобладает фонологический дефект звукопроизношения, проявляющийся в заменах и смешении звуков.

Возможно, недостатки звукопроизношения у всех исследуемых детей возникли в результате слабо координированной работы отдельных частей языка и нарушения его мышечного тонуса. Выполнение ряда артикуляционных укладов для детей возможно частично или недоступно совсем в результате ограниченности движения языка.

Обследование просодической стороны речи

Оценка результатов просодической стороны речи:

3 балла — голос звонкий, темп речи умеренный, мелодико-интонационная сторона — выразительная, дыхание — спокойное, речь организует на выдохе, саливация отсутствует, отсутствие назальности, отсутствие смазанности звукопроизношения.

2 балла — голос тихий; темп речи неравномерный; мелодико-интонационная сторона — выразительная; дыхание — смешанное; выдох плавный; саливация присутствует, но ребенок с ней справляется самостоятельно; присутствует слабый оттенок назальности, небольшая смазанность произношения присутствует.

1 балл — голос тихий, темп речи замедленный / ускоренный, мелодико-интонационная сторона речи — монотонная, дыхание — прерывистое, поверхностное, выдох слабый, короткий, гиперсаливация, присутствие назальности, смазанность звукопроизношения.

При обследовании просодической стороны речи обращается внимание на [27]: Голос — тихий, крикливый, сиплый, немодулированный, назализованный, затухающий, звонкий, модулированный, слабый [21].

Темп речи — быстрый, ускоренный, замедленный, медленный, спокойный, умеренный, равномерный [30].

Мелодико-интонационная сторона речи — выразительная речь, маловыразительная, монотонная [2].

Назальность — присутствует, слабый оттенок, отсутствует.

Саливация — отсутствие саливации, справляется с саливацией самостоятельно, гиперсаливация.

Наличие смазанности звукопроизношения — отсутствие смазанности звукопроизношения, смазанное звукопроизношения [20].

Дыхание — прерывистое, верхнее, нижнедиафрагмальное, грудное, шумное, смешанное, ритмичное, поверхностное, спокойное; выдох продолжительный, плавный, укороченный, слабый, сильный, короткий, толчкообразный; речь организует на выдохе, на вдохе [26].

Результаты обследования просодической стороны речи детей с ОНР и псевдобульбарной дизартрией переставлены в приложении 3, таблица 2.

Исследование голоса показало, что у двоих детей (20%) он тихий и слабый (Надежда, Рамиль), у одного ребенка (10%) тихий (Роман), у 70 %

Голос звонкий: Александра, Алексей, Александр, Артем, Арсений, Даниил, Константин.

Обследование темпа речи показало, что у двоих дошкольников темп речи замедлен (20%): Надя, Рамиль; у 4 детей темп речи спокойный (40%): Александра, Алексей, Арсений, Константин; у 2 человек ускоренный темп речи (20%): Александр, Даниил; у 2 человек умеренный темп речи (20%): Роман, Артем.

При обследовании мелодико-интонационной стороны речи было выявлено, что у двух детей маловыразительная интонация (30%): Надежда, Рамиль, Александра. У остальных детей речь выразительная (70%): Алексей, Александр, Артем, Арсений, Константин, Даниил, Роман.

Назальность. У 6 человек назальность отсутствует (60%): Алексей, Александра, Артем, Арсений, Константин, Даниил; у остальных назальность слабая, но присутствует (40%): Надежда, Роман, Александр, Рамиль.

Саливация. У 5 человек саливация отсутствует (50%): Артем, Александра, Арсений, Алексей, Константин; у 3 человек гиперсаливация (30%): Надежда, Роман, Рамиль; 2 человека самостоятельно справляются с саливацией (20%): Даниил, Александр.

Наличие смазанности звукопроизношения. У 4 испытуемых выявлена смазанность звукопроизношения (40%): Рамиль, Александр, Роман, Надежда. У 6 человек смазанность звукопроизношения (60%): Александра, Алексей, Константин, Арсений, Даниил, Артем.

Дыхание. У 3 детей дыхание спокойное, выдох сильный (30%): Алексей, Арсений, Константин; у 2 детей слабый выдох (20%): Александр, Даниил; у трех человек слабый укороченный выдох (30%): Надежда, Роман, Рамиль; у 2 человек дыхание спокойной, речь организованная на выдохе (20%): Александра, Артем.

На основании полученных данных делаем вывод, что у пяти детей (Надежда, Роман, Александр, Рамиль, Даниил) — (50%) преобладают нарушения просодики, средний балл 1 — 2. У такого же количества детей

(50%) (Александра, Алексей, Артем, Арсений, Константин) просодическая сторона речи сформирована без отклонений, средний балл составил 3. У всех обследуемых детей просодическая сторона речи сформирована на средний балл 2,2.

2.5. Методика и анализ результатов исследования фонематических процессов у детей с псевдобульбарной дизартрией

Нарушения в звукопроизносительной стороне речи влекут за собой недоразвитие фонематических процессов, вследствие чего были выделены следующее направление обследования фонематических процессов, а именно обследование фонематического слуха. Оно проводилось на основании разработок Н. М. Трубниковой «Структура и содержание речевой карты» [36].

Материал предъявлялся обучающимся в виде акустического раздражителя (воспроизведение по слуху) и в виде оптического раздражителя (картинка) в зависимости от выполняемого задания.

Для обследования фонематического слуха применялось 8 проб, направленных на различение звуков среди ряда фонем, на повторение слогового ряда с различными звуками, на различение звука в словах.

Все проведенные пробы представлены в приложении 4.

Результаты выполнения оценивались качественно и количественно по трехбалльной системе:

3 балла — безошибочное выполнение задания;

2 балла — не различает 1-2 акустических признака;

1 балл — не различает 3 и более акустических признака.

Результаты обследования фонематического слуха у дошкольников представлены в таблице 6.

Таблица 6

Результаты обследования фонематического слуха

№	Имя ребёнка	Баллы за выполнение заданий													
		Различение звуков среди ряда звуков					Повторение слогов с разными звуками				Различение звука в словах				
		1а	1б	2а	2б	2в	3а	3б	3в	4	5	6	7	8	Средний балл
1	Надежда	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1,5
2	Александра	2	2	3	1	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2
3	Алексей	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1,6
4	Роман	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9
5	Александр	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2,3
6	Артем	3	2	3	1	3	3	1	3	2	2	3	2	2	2,3
7	Арсений	3	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2,4
8	Рамиль	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1,4
9	Даниил	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1,3
10	Константин	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2,6
Средний балл за каждое задание		2,4	1,6	2,3	1,6	1,7	2,3	1,6	1,7	2	1,7	2	1,9	2,1	1,9
Средний балл		1,9					1,9				1,9				

Анализ полученных результатов показал следующее: все три пробы приблизительно в одинаковом положении, средний балл был 1,9.

При исследовании пробы на различение звуков среди ряда звуков наибольшие трудности вызвала у детей проба № 1б (*различение фонем среди звуков*); № 2б (*различение шипящих и свистящих фонем (с, з, щ, ш, ж,)*); № 2в (*различение соноров (р, л, м, н)*), где средний балл пробы составил 1,6-1,7 балла. Лучшие показатели были получены при выполнении пробы № 1а (*опознание фонем: подними руку, если услышишь гласный звук [О] среди других гласных: а, у, ы, о, у, а, о, ы, и,)*) Средний балл этой пробы составил 2,4 баллов. Максимальный балл получило 4 ребенка (40%): Александр, Артем, Арсений, Константин. В этой пробе ни одного ребёнка не получило минимальный балл. Не плохой результата показала проба под № 2а (*различение фонем по звонкости и глухости*), средний балл 2,3. Максимальный балл набрали 3 человека (30%): Александра, Артем и Арсений. Минимальный балл в этой пробе никто не получил.

Также выраженные недостатки были выявлены при выполнении пробы на повторение слогов с разными звуками. Средний балл также 1,9. Наибольшие трудности у детей вызвала проба № 3б (*повторение за логопедом слогового ряда с шипящими и свистящими*) и № 3в (*повторение за логопедом слогового ряда с сонорами*), где средний балл пробы составил 1,6-1,7 балла. Лучшие показатели были получены при выполнении пробы № 3а (*повторение за логопедом слогового ряда со звонкими и глухими звуками*), где средний балл 2,3. Максимальный балл получило 4 ребенка (40%): Александр, Артем, Арсений, Константин. Минимальный балл получил один ребенок (10%): Константин. Проба под № 4 (*выделение исследуемого звука среди слогов*) показала не плохой результат, средний балл 2. Максимальный балл набрали 2 ребенка (20%): Константин и Арсений. Минимальный балл набрали также 2 человека (20%): Надежда и Даниил.

Также выраженные недостатки были выявлены при выполнении пробы на выделение звука среди слов. Средний балл также 1,9. Наибольшие трудности у детей вызвали пробы №5 (*выделение исследуемого звука среди слов: хлопни в ладоши, если услышишь слово со звуком [ж], [ш], [с], [з], [р], [л]*) и проба №7 (*называние картинок и определение отличий в названиях*). Средний балл 1,6-1,7. Лучшие показатели были получены при выполнении пробы № 8 (*Определение места звука [ч] в словах*), средний балл 2,1. Два человека набрали максимальный балл(20%): Костя и Александра. Минимальный балл набрал один человек(10%): Роман. Проба под № 6 тоже показала хороший результат со средним баллом 2. Максимальный балл набрало 3 ребенка (30%): Константин, Арсений, Артем. Минимальный балл набрали так же 3 ребенка (30%): Надежда, Алексей, Рамиль.

По итогам обследования фонематического слуха становится понятно, что сохранность фонематического слуха у испытуемых оказалась неоднородной. Вследствие чего возможно поделить детей с дизартрией на 3 группы, в соответствии со степенью сохранности фонематического слуха.

1 группа — обучающиеся с относительно сохранным фонематическим слухом (средний балл проб, направленных на исследование фонематического слуха — 2,6 и более баллов из 3 возможных). В эту группу вошёл лишь один испытуемый (10%) — Константин.

2 группа — обучающиеся, имеющие отдельные недостатки фонематического слуха (средний балл проб, направленных на исследование фонематического слуха от 2 до 2,5 баллов из 3 возможных). В эту группу вошли следующие испытуемые (40%) — Александра, Александр, Артем, Арсений.

3 группа — обучающиеся, имеющие выраженные недостатки фонематического слуха (средний балл проб, направленных на исследование фонематического слуха — менее 2 баллов из 3 возможных). В эту группу вошли следующие испытуемые (50%) — Надежда, Алексей, Роман, Рамиль, Даниил.

По результатам исследования фонематических процессов, можно сделать вывод о том, что прослеживается тесная взаимосвязь между уровнем развития звукопроизношения и фонематическими процессами. Обучающиеся, имеющие наибольшие трудности в звукопроизношении, получили и более низкие баллы по уровню развития фонематических процессов. Обучающиеся, у которых страдает 3 и более звука из разных фонетических групп, имеют средний балл по уровню развития фонематических процессов от 1,4 до 2,3 баллов, а обучающиеся, у которых страдает 1-2 звука из разных фонетических групп, по уровню развития фонематических процессов получили средний балл от 1,9 до 2,6 балла.

Выводы по 2 главе

Анализ результатов констатирующего этапа эксперимента позволил выявить специфику развития произносительной стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с ОНР с псевдобульбарной дизартрией. В ходе эксперимента были отмечены значительные качественные и

количественные отклонения в развитии моторной сферы. Нарушения артикуляционной моторики, на наш взгляд, являются результатом ограничения подвижности мышц артикуляционного аппарата. Отмечаются также нарушения мышечного тонуса и дискоординационные расстройства.

В ходе констатирующего исследования у дошкольников с дизартрией были выявлены значительные нарушения звукопроизношения и просодической стороны речи. При обследовании звукопроизношения мы пришли к выводу, что у данной группы детей антропофоническим дефектом (искажение звуков) преобладает над фонологическим дефектом, проявляющимся в заменах и смещениях звуков. У всех детей нарушение звукопроизношения носит полиморфный характер, то есть имеются нарушения звуков из разных фонетических групп. Правильное звукообразование невозможно по причине мышечной и иннервационной недостаточности в органах артикуляции, помимо этого, комбинационность нарушений со стороны черепномозговых нервов определяет разнообразие фонетических нарушений у детей с дизартрией. Таким образом, особенности речевых расстройств данной категории детей находятся в достаточной мере зависят от состояния нервномышечного аппарата органов артикуляции. Это позволило сделать вывод о необходимых направлениях работы по коррекции произносительной стороны речи у детей данной группы.

ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ В СТРУКТУРЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ ОНР У ДОШКОЛЬНИКОВ С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

3.1. Анализ научно-методической литературы и направление работы по коррекции нарушений произносительной стороны речи у детей дошкольного возраста с ОНР и псевдобульбарной дизартрией

Разработкой методических рекомендаций для проведения коррекционной работы по устранению нарушений произносительной стороны речи у детей дошкольного возраста с ОНР и псевдобульбарной дизартрией занимались такие авторы, как: Е. Ф. Архипова, В. А. Киселева, М. А. Поваляева, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина и другие.

Логопедическая работа опирается на следующие принципы, которые являются основными, и разработкой занимались Л.С. Выгодским, Р.Е. Левиной, П. Я. Гальпериным и др. [20].

1. Принципы системного подхода предполагает необходимость учета ведущего нарушения, соотношения первичных и вторичных симптомов; работа над устной и письменной речью осуществляется в строгой системе, во взаимосвязи, а также с учетом связи между различными компонентами речи (фонетический, фонематический, лексико-грамматический).

2. Этиопатогенетический принцип предполагает учет механизмов нарушения, выделение ведущих расстройств, соотношение речевой и неречевой симптоматики в структуре дефекта.

3. Онтогенетический принцип учитывает закономерность и последовательность формирования различных форм и функций речи.

4. Принцип комплексности реализуется путем осуществления коррекционной работы направленной на весь комплекс речевых и не речевых симптомов, выявленных у обследованных дошкольников.

5. Принцип «обходного пути» предполагает формирование новой функциональной системы в обход пострадавшего звена.

6. Принцип индивидуального подхода предполагает, прежде всего, учет особенностей учащихся, влияющих на его деятельность и от которых зависят результаты учения.

7. Принцип деятельностного подхода предполагает учет ведущей деятельности детей дошкольного возраста. Средством развития аналитико-синтетической деятельности моторики, усвоения языковых закономерностей должна стать — игра.

8. Принцип дифференцированного подхода: выбор методов, форм, приемов воздействия зависит от формы и степени тяжести дизартрии, от структуры речевого дефекта, от сопутствующих нарушений познавательных процессов, а также от возраста ребенка.

Логопедическая работа по формированию произносительной стороны речи у дошкольников с ОНР и дизартрией должна осуществляется по следующим направлениям:

- Нормализация функции дыхания;
- Преодоление нарушений голоса;
- Преодоление артикуляционных расстройств;
- Нормализация просодики;
- Работа над звукопроизношением;
- Развитие фонематического восприятия.

В основе комплекса методических разработок по формированию произносительной стороны речи у дошкольников с дизартрией и ОНР лежит программа, разработанная Т. Б. Филичевой и Г. В. Чиркиной [38].

Специфика нарушений произносительной стороны речи у детей с дизартрией и ОНР выражена в многообразии дефектов звукопроизношения, в разной степени несформированности фонематических процессов, что в целом обуславливает необходимость проведения индивидуальной коррекционной работы. В связи с этим занятия должны проводиться преимущественно в

индивидуальной форме, но также могут применяться подгрупповые и фронтальные занятия. Формирование правильного звукопроизношения у дошкольников с дизартрией и ОНР целесообразно проводить на индивидуальных занятиях, а формирование фонематического восприятия — на подгрупповых занятиях.

Основная цель индивидуальных занятий — подбор комплекса артикуляционных упражнений, направленных на устранение специфических нарушений звуковой стороны речи. При этом логопед обязан установить эмоциональный контакт с ребенком, привлечь его внимание к контролю над качеством звучащей речи логопеда и ребенка, подобрать индивидуальный подход с учетом личностных особенностей (речевой негативизм, фиксация на дефекте, невротические реакции и т.п.).

В момент постановки звуков необходимо следующее: воспитание артикуляторных навыков и развитие фонематических процессов.

По мнению З.А. Репиной, ребенку важно наблюдать за положением органов артикуляции, ощущать их, сравнивать, находить особенности в работе и управлять органами речи, контролировать их работу.

Взаимосвязь и взаимозависимость речевой и моторной деятельности, тренировка тонких движений пальцев рук является стимулирующим для развития речи. Необходимо развивать статическую и динамическую движений пальцев рук, темпо-ритмическую организацию, пространственную ориентировку.

Разработкой методик обследования звукопроизношения при дизартрии занимались многие исследователи, такие как Е. Ф. Архипова, В. А. Киселева, М. А. Поваляева, Л. С. Волкова, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина и другие.

В. А. Киселева считает, что обследовать звукопроизношение нужно по традиционной методике, используя стихотворные формы, самостоятельную речь ребенка, а также при необходимости наглядный материал. Оценивается количество нарушенных звуков (групп звуков), наличие замен, искажений

или отсутствие звука при изолированном произношении в спонтанной речи [18].

Р. И. Лалаева отмечает, что особую сложность представляет диагностика стертых или минимальных проявлений дизартрии. Нарушения звукопроизношения должны оцениваться в зависимости от характера коммуникативного материала, скорости произношения и коммуникативной ситуации. Также важно выявить, определяет ли ребенок нарушения произношения звуков в чужой и в собственной речи, дифференцирует ли на слух нормально и дефективно произносимые звуки (в словах, слогах и изолированно) [26].

Е. Ф. Архипова указывает, что при изучении звукопроизносительной стороны определяется количество нарушенных звуков, какие фонетические группы нарушены, характер нарушения произношения звуков (искажение, отсутствие, замена, смещение) в различных фонетических условиях: изолированно, в слогах и словах различной структуры, во фразах, а также в спонтанной речи [1].

Как указывают Т. Б. Филичева и Н. А. Чевелева, при обследовании ребенка отмечаются особенности его артикуляции, четкость движений, входящих в артикуляционную установку звуков, плавность перехода от одного звука к другому в стечении согласных, появление призвуков [39].

М. А. Поваляева отмечает важность проверки произношения звуков как в отдельных словах, так и во фразовой речи, для этого используются наборы предметных и сюжетных картинок, в названии которых проверяемые звуки находятся в разных позициях. Для проверки умений дифференцировать звуки предлагаются картинки, в названии которых встречаются оба дифференцируемых звука, и картинки, названия которых отличаются одним звуком (*мишка — миска, лак — рак*). При обследовании произношения следует отмечать не только отсутствие или замену звуков, но и отчетливость, ясность произношения, их дифференциацию, особенности темпа речи, речевого дыхания [31].

Лексический материал отбирается с учетом следующих требований: насыщенность заданным звуком, разнообразие лексического материала; включение слов с оппозиционными звуками; включение слов различной слоговой структуры и звуконаполняемости, а также ребенок должен понимать значение слов, которые ему предлагаются для воспроизведения [1].

Основной целью подгрупповых занятий является воспитание навыков коллективной работы, умения слушать и слышать логопеда, выполнять в заданном темпе упражнения по развитию силы голоса, изменению модуляции (хором, выборочно); адекватно оценивать качество речевой продукции детей. Можно организовывать простой диалог для тренировки произносительных навыков, упражнять детей в различении сходных по звучанию фонем в собственной и чужой речи.

На фронтальных занятиях проводится работа по автоматизации произношения ранее поставленных звуков в любых фонетических позициях, а также активно используются звуки в различных формах самостоятельной речи. Особое внимание уделяется развитию высших психических функций: мышления (процессов анализа, синтеза, обобщения, противопоставления), внимания, памяти, как формирование предпосылок для развития речи.

На этапах коррекционной работы используются различные методы, так на этапе постановки применяются практические и наглядные методы, при автоматизации — преимущественно словесные.

Таким образом, были подобраны общие подходы к организации работы по преодолению нарушений произносительной стороны речи у детей с дизартрией и ОНР, определены специальные принципы и условия. Коррекционная работа по формированию произносительной стороны речи у детей с дизартрией и ОНР включает работу по нормализации голоса, речевого дыхания, темпо-ритмической стороны речи, работу по преодолению артикуляционных расстройств, работа над звукопроизношением, развитие фонематических процессов.

3.2. Организация, планирование и содержание работы по коррекции произносительной стороны речи в структуре преодоления ОНР у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией

На основе данных констатирующего эксперимента и анализа научно-методической литературы были определены организация, планирование и содержание обучающего эксперимента.

Обучающий эксперимент продолжался два месяца (с 15 февраля по 20 апреля 2018 года).

По согласованию с логопедом было проведено по 16 индивидуальных занятий с каждым ребенком, а также 8 фронтальных занятий. Для каждого испытуемого был разработан перспективный план. Пример индивидуального плана коррекционной работы представлен в таблице 7 (Приложение 4).

Таблица 7

Индивидуальный план коррекционной работы для Надежды

Направление коррекционной работы	Содержание коррекционной работы
Развитие общей моторики	Формирование произвольного торможения, статической координации движений, динамической координации движений, пространственной координации движений, работа над темпом и ритмом.
Развитие мелкой моторики	Развитие статической координации движений
Развитие артикуляционной моторики	Формирование двигательной функции челюсти и языка
Развитие звукопроизношения	Постановка звуков [з], [ж] и [р], их автоматизация звука, а также автоматизация звука [с]
Развитие просодики	Работа над силой голоса, дыханием, интонацией. Борьба с саливацией, назальностью и смазанностью звукопроизношения
Развитие фонематического слуха	Дифференциация звуков [с] и [з] по звонкости-глухости

Фронтальные занятия проводились один раз в неделю в соответствии с сеткой занятий, разработанной логопедом, по следующим темам: звук [л] и буква Л; дифференциация звуков [л] и [л']; звук [ч] и буква Ч;

дифференциация звуков [ч] и [т']; звук [ц] и буква Ц; дифференциация звуков [ц] и [с]; звук [р] и буква Р; дифференциация звуков [р] и [р']. Для каждого логопедического занятия были подобраны соответствующие теме и целям занятия задания.

О. В. Правдина, Е. М. Мастюкова и других специалисты рекомендуют применять комплексный подход при устранении нарушений в произносительной стороне речи у детей со стертой дизартрией. Комплексный подход включает в себя три направления работы, которые делятся по блокам [27].

Медицинский блок коррекционной работы, здесь направления работы определяет врач-невролог, к которому учитель-логопед отправляет детей на консультацию. Здесь детям могут быть назначены: ЛФК, массаж, рефлексотерапию, физиотерапию.

Психолого-педагогический блок необходим детям с ОНР и дизартрией, так как в ходе исследования у детей была выявлена несформированность неречевых функций. Основным направлением этого воздействия будет развитие сенсорных функций. Развитие слухового восприятия подготавливает базу для формирования фонематического слуха, развитие зрительного гнозиса предупреждает возникновение графических ошибок на письме. Также проводятся упражнения для развития пространственных представлений, конструктивного праксиса, графических навыков, а также высших психических функций: внимания, памяти, мышления.

Третий блок — логопедическая работа по формированию произносительной стороны речи у детей с дизартрией проводится по следующим направлениям: нормализация речевого дыхания, голоса, темпоритмической организации, работа по преодолению артикуляционных расстройств, фонематических процессов.

В ходе эксперимента было выявлено, что нарушение иннервации мышц периферического речевого аппарата негативно отражается на функциональных свойствах дыхательной системы. Поэтому главной задачей в

системе нормализации произносительной стороны речи детей с ОНР и дизартрией является развитие речевого дыхания.

1. Нормализацию функции дыхания рекомендуем проводить по трем направлениям:

- формирование направленного выдоха;
- формирование длительного вокализованного выдоха;
- формирование речевого дыхания.

Для формирования направленного выдоха выполняются «поддувания», «поплевывания», игра на духовых инструментах. Для формирования длительного вокализованного выдоха рекомендуем пропевать гласные звуки.

Формирование речевого дыхания имеет большое значение для плавности речи [29]. При проведении игр, направленных на развитие у ребенка дыхания, необходимо иметь в виду, что дыхательные упражнения быстро утомляют ребенка, даже могут вызвать головокружение. Поэтому такие игры необходимо ограничивать по времени (можно использовать песочные часы) и обязательно чередовать с другими упражнениям (Приложение 5).

2. Работа по преодолению нарушений голоса проводилась по трем направлениям: проводились упражнения на развитие 1) силы голоса; 2) звуковысотных модуляций голоса 3) тембра голоса (Приложение 5) [2].

Упражнения по развитию силы голоса.

- 1) Удлинение произнесения звуков (при средней силе голоса).
- 2) Усиление голоса (беззвучная артикуляция — шепот — тихо — громко).
- 3) Ослабление голоса (громко — тихо — шепот — беззвучная артикуляция).
- 4) Усиление и ослабление голоса без паузы, на одном выдохе. Усиление голоса с увеличением длительности звучания.
- 5) Ослабление голоса с увеличением длительности звучания.
- 6) Прямой счет от 1 до 5 с постепенным усилением голоса.

7) Обратный счёт от 5 до 1 с постепенным ослаблением голоса.

8) Называние дней недели с постепенным усилением и последующим ослаблением силы голоса, произнесение предложений с изменением силы голоса.

9) Проговаривание стихотворений с изменением силы голоса.

Упражнения по развитию высоты голоса.

Проводятся путем подражания звучанию различной высоты с опорой на движения руки и графические изображения [24].

Преодоление расстройства артикуляции проводилось в 4 этапа:

1. Подготовительный этап.

На этом этапе с детьми проводились динамические и статические артикуляционные упражнения, упражнения на развитие пальчиковой моторики, упражнения на развитие мимической мускулатуры, дифференцированный логопедический массаж. Проводилась работа по развитию артикуляционной моторикой. При отборе материала для артикуляционной гимнастики соблюдалась определённая последовательность, т. е. упражнения отбирались по принципу от простого к сложному, проводилась гимнастика в игровой форме. В коррекционной работе с детьми с ОНР и дизартрией предлагаем использовать статические и динамические упражнения артикуляционной гимнастики [28], [1] (Приложение 5).

Указанные упражнения использовались как подготовительные для постановки и отработки звуков. Правильное и систематическое проведение артикуляционной гимнастики в коррекционной работе с детьми с дизартрией способствует выработке правильного произношения звуков, и в следствии — усвоению слов сложной слоговой структуры.

В любом упражнении все движения органов артикуляционного аппарата осуществляются последовательно, с паузами перед каждым новым движением, чтобы взрослый мог контролировать качество движения, а ребенок — ощущать, осознавать, контролировать и запоминать свои

действия. Сначала упражнения выполняются в медленном темпе перед зеркалом, т. е. для достижения конечного результата используется зрительный самоконтроль. После того, как ребенок научится выполнять движения, зеркало убирается, и функции контроля берут на себя собственные кинестетические ощущения ребенка. С помощью вопросов взрослого ребенок определяет, что делает его органы артикуляции, где они находятся, каково их состояние. Что повышает их эффективность упражнений.

2 этап. Постановка звука. Выполнение частных артикуляционных комплексов [1].

Принцип отбора артикуляционных упражнений — характер дефекта произношения. Упражнять нужно лишь движения, нуждающиеся в исправлении, и только необходимые для отрабатываемого звука. Упражнения носят целенаправленный характер: важно не количество, важно правильный подбор упражнений и качество выполнения. Вид, и продолжительность артикуляционной гимнастики, их разовая дозировка зависит от характера и тяжести речевого нарушения. Закрепление полученного навыка требует систематического повторения.

- Постановка звуков проводится с механической помощью, смешанным способом.

- Автоматизация звука в слогах — в словах — в предложениях.

При дизартрии увеличиваются сроки постановки и автоматизации звуков, а последовательность постановки звуков определяется индивидуально.

В приложении 5 представлены комплексы упражнений для формирования правильного звукопроизношения: свистящих звуков, шипящих звуков, звука [л], звука [р].

3 этап. Автоматизация звука в связной речи. Упражнения представлены в приложении 5.

4 этап. Дифференциация звуков. На данном этапе происходит формирование умения различать смешиваемые звуки и правильно

употреблять их в собственной речи. Постепенная, последовательная дифференциация смешиваемых звуков по артикуляторным и акустическим признакам, сначала изолированных, затем в слогах, словах, предложениях, чистоговорках, стихотворениях, рассказах и самостоятельной речи [22].

На этапе дифференциации последовательно различаются смешиваемые звуки по моторным (двигательным) и акустическим (слуховым) признакам в игровых упражнениях по твердости и мягкости: «наоборот», «сигнальщики», «эхо» и другие; по звонкости и глухости: «Загрузим в грузовик картинки», «Соберем Соне сумку, а Зое рюкзак» и другие.

3. Основой преодоления нарушения фонематических процессов является развитие слуховых и зрительных представлений. Данная работа проводилась в несколько этапов:

- Дифференциация неречевых звуков: восприятие неречевых звуков начинается с работы с картинками, игрушками и действиями с ними.
- Различие звуков голоса, звукоподражания.
- Различие слов-паронимов.
- Формирование фонематических представлений на материале гласных и согласных фонем.

Коррекция начинается с уточнения представлений о звуках, их дифференциальных акустических и произносительных признаках. Дети должны иметь представления о различии артикулирования гласных и согласных звуков. Для этого предлагаются такие задания:

- Назвать только гласный/согласный звук слога.
- Придумать слог с гласным/согласным звуком.

Таким образом, мы определили содержание работы по формированию произносительной стороны речи у дошкольников с ОНР и дизартрией. Работа должна идти по следующим направлениям: нормализация функции дыхания, преодоление нарушений голоса, преодоление артикуляционных расстройств, нормализация просодики, развитие фонематического восприятия.

3.3. Контрольное исследование и анализ его результатов

С целью оценки эффективности проведенной коррекционной работы был проведен контрольный эксперимент. После применения на практике разработанной нами системы логопедической работы по коррекции нарушения речи у старших дошкольников с ОНР и псевдобульбарной дизартрией вторично было проведено исследование речевого развития испытуемых. Вторичное диагностирование проводилось в тех же условиях и по той же методике.

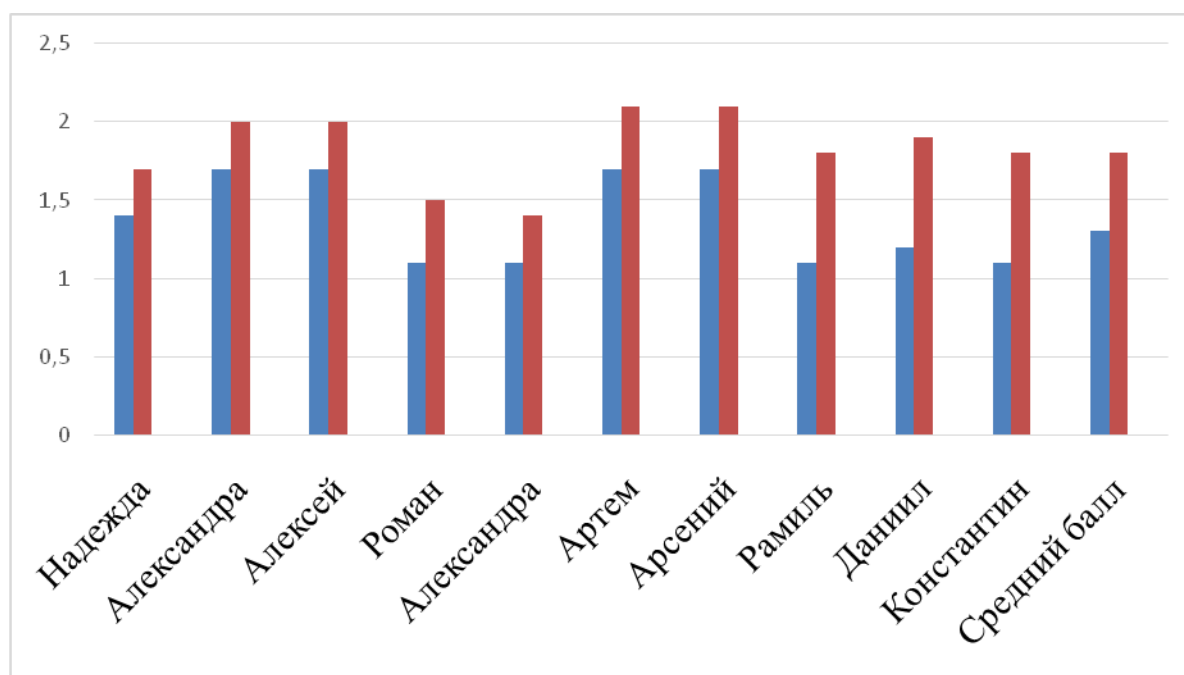
Результаты исследования состояния общей моторики

Результаты обследования общей моторики испытуемых в рамках контрольного эксперимента представлены в приложении 6.

В результате логопедической работы все показатели улучшились, но в разной степени. Вся общая моторика с 1,3 баллов повысилась до 1,8.

Самый большой результат показали пробы на пространственную организацию движений, средний бал повысился с 1,6 до 2,5 балла. Так же хорошую динамику показала статическая координация движений и динамическая координация движений, средний балл повысился с 1,8 до 2,5. Произвольное торможение и ритмическое чувство повысилось от 1,9 до 2,5 балла. Длительная память и темп изначально показали хороший результат, динамика роста была не большая, но как показывает эксперимент, эти пункты из общей моторики развиты лучше всего. Средний балл от 2,4 до 2,8 и от 2, до 2,9 балла соответственно.

У 3 человек значительная динамика (30%): Рамиль и Костя от 1,1 до 1,8; Даниил с 1,2 до 1,9. У остальных детей динамика есть, но не такая значительная (70%): Надежда с 1,4 до 1,7; Александра и Алексей с 1,7 до 2; Артем и Арсений с 1,7 до 2,1; Александр с 1,1 до 1,4; Роман с 1,1 до 1,5 балла. Этим детям нужно больше времени для коррекции общей моторики.



■ - результаты констатирующего эксперимента

■ - результаты контрольного эксперимента

Рис. 1. Сравнительные результаты обследования общей моторики у детей по итогам констатирующего и контрольного

Результаты исследования произвольной моторики пальцев рук

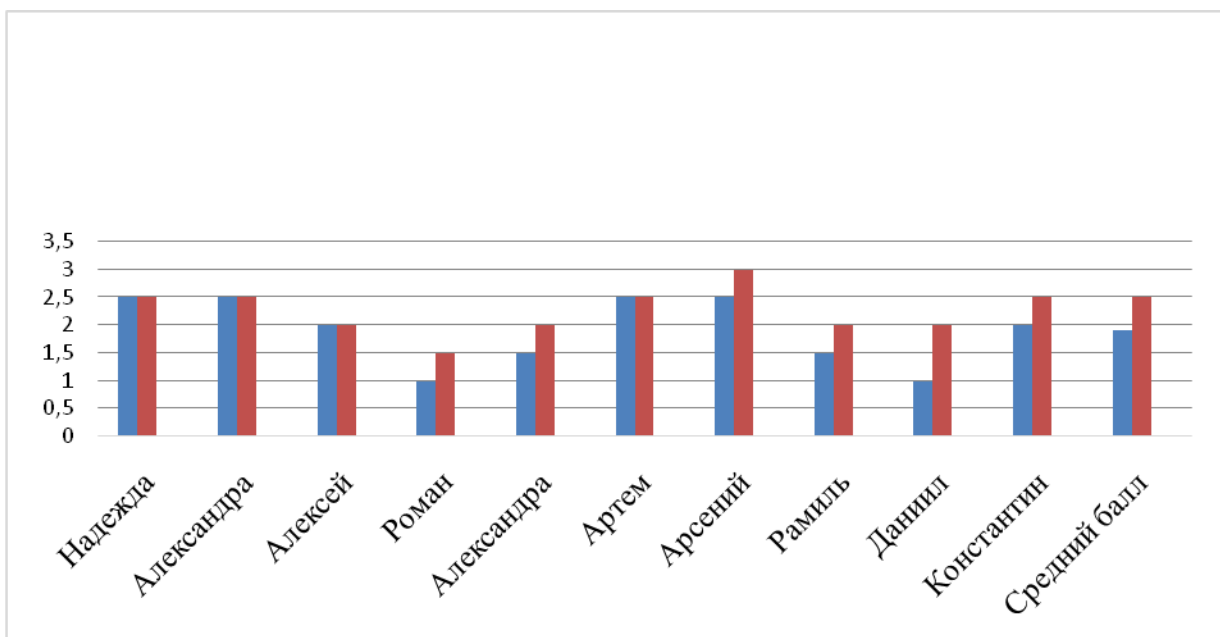
Результаты исследования мелкой моторики приведены в приложении 7.

По окончании контрольного эксперимента, можно сделать вывод, что результаты проб, направленных на обследование мелкой моторики, дошкольников с ОНР и псевдобульбарной степенью дизартрии изменились незначительно. Средний балл с 1,9 до 2,3.

Отмечалась напряженность и скованность движений при выполнении заданий. Результаты исследования статистической координации движений показали, что данный навык повысил средний балл с 1,8 до 2,4.

Повторное исследование динамической координации движений показало, что средний балл вырос с 2 до 2,2 балла.

Таким образом, в большей степени коррекционная работа сказалась на статической координации движений рук.



- - результаты констатирующего эксперимента
■ - результаты контрольного эксперимента

Рис. 2. Сравнительные результаты обследования мелкой моторики у детей по итогам констатирующего и контрольного

У 4 человек динамики нет (40%): Надежда, Александра, Алексей, Артем. Этим детям нужно больше времени для коррекции мелкой моторики. У 5 человек динамика в 0,5 баллов (50%): Роман, Александр, Рамиль, Арсений, Константин. И у одного человека динамика хорошая, в 1 балл (10%): Даниил.

Результаты исследования состояния органов артикуляционного аппарата

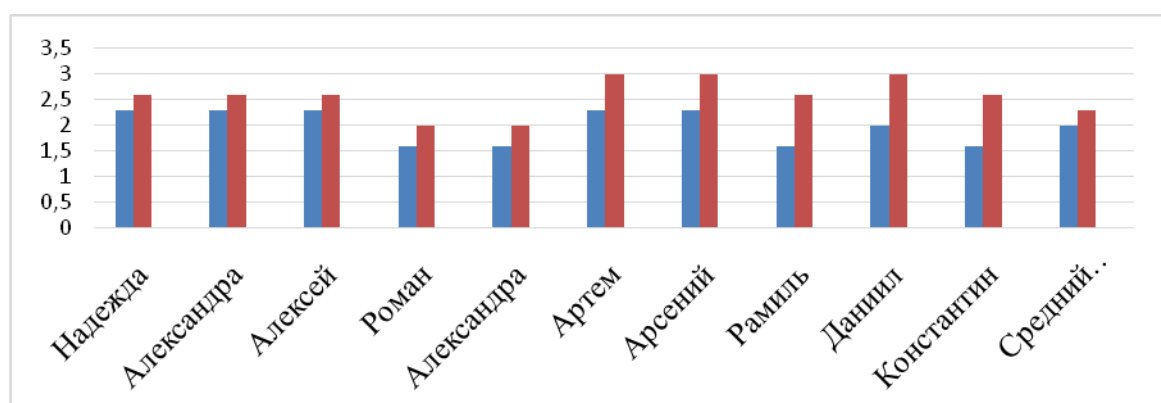
Результаты обследования артикуляционной моторики приведены в приложении 8.

Контрольное исследование двигательной функции языка позволило выявить навык сформированности у шестерых (60%) обследуемых детей. Средний балл повысился с 1,8 до 2,6, что близко к норме.

Повторное исследование двигательной функции губ показало, что у 4 испытуемых имеется недостаточная сформированность данного навыка (40%), наблюдался небольшой диапазон движений. Соответственно у 6 испытуемых данный навык доведен до нормы (60%).

Исследование двигательной функции нижней челюсти показало, что у 3 детей имеются незначительные нарушения данной функции (30%). Отмечался недостаточный объем движения челюсти. У остальных детей данный навык полностью сформирован (70%).

По результатам обследования детей можно сделать вывод, что в результате коррекционной работы у всех обследуемых детей видна положительная динамика развития артикуляционной моторики. Средний балл стал выше от 2 до 2,6 баллов.



■ - результаты констатирующего эксперимента

■ - результаты контрольного эксперимента

Рис. 3. Сравнительные результаты обследования артикуляционной моторики у детей по итогам констатирующего и контрольного

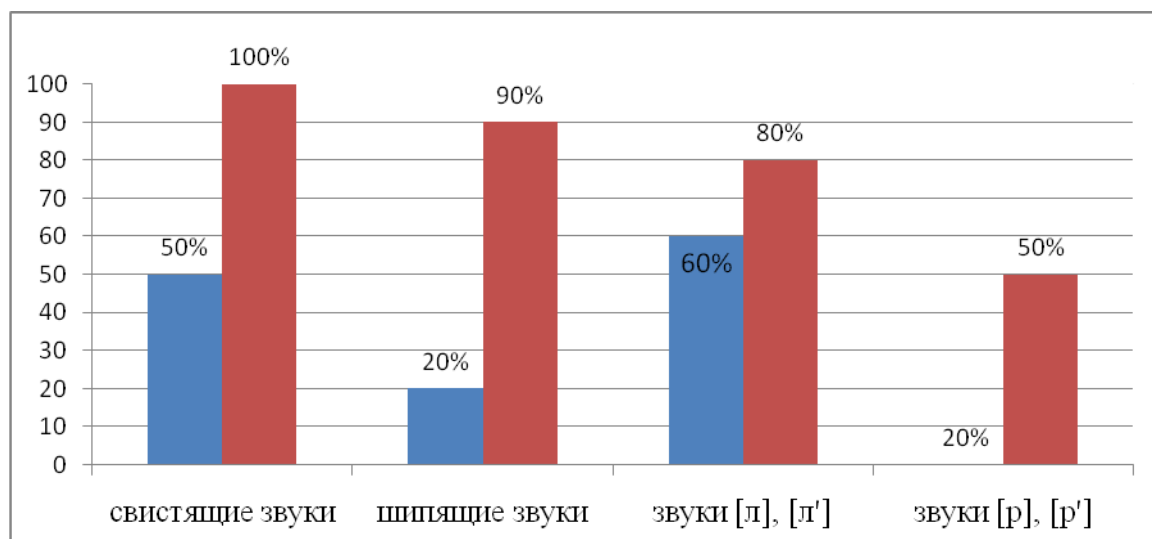
Личные результаты улучшились у каждого испытуемого. Нормы артикуляционной моторики достигло 3 ребенка (30%): Артем, Арсений, Даниил. У них очень положительная динамика, а так же хорошую динамику показали Рамиль и Константин, средний балл поднялся с 1,6 до 2,6. Таким образом, близко к норме оказались 5 человек (50%): Рамиль, Надежда, Александра, Алексей, Константин. Роман и Александр продвинулись в своих результатах, но не сильно. Средний балл повысился с 1,6 до 2 баллов. Им понадобится больше времени, для овладения артикуляционной моторикой.


Результаты обследования звукопроизношения

Результаты обследования звукопроизношения на контрольном этапе

эксперимента представлены в приложении 9.

По результатам контрольного эксперимента у всех испытуемых улучшились показатели звукопроизношения. При этом двое детей, Рамиль и Константин получили максимальный балл, то есть их звукопроизношение достигло нормы. У 6 обучающихся (Александра, Роман, Александры, Арсений, Рамиль, Константин) скорректированы звуки из двух разных фонетических групп, у остальных детей звуки из одной фонетической группы. По результатам исследования наилучшие результаты были достигнуты в фонетических группах свистящих и шипящих звуков. Исправлено 60% дефектов произношения свистящих звуков, 50% - шипящих звуков. Нарушение произношения в фонетической группе сонорных звуков повысилось лишь на 40% звуков [р], [р'] и на 30% звуков [л], [л'] При этом фонетическая группа свистящих осталась в автоматизации только у двух испытуемых, у остальных звуки поставлены и закреплены; фонетическая группа шипящих нарушена у одного ребенка, у 2 в стадии автоматизации, сонорных звуков - у восьми испытуемых.



 - результаты констатирующего эксперимента

 - результаты контрольного эксперимента

Рис. 4. Сравнительные результаты обследования звукопроизношения у детей по итогам констатирующего и контрольного

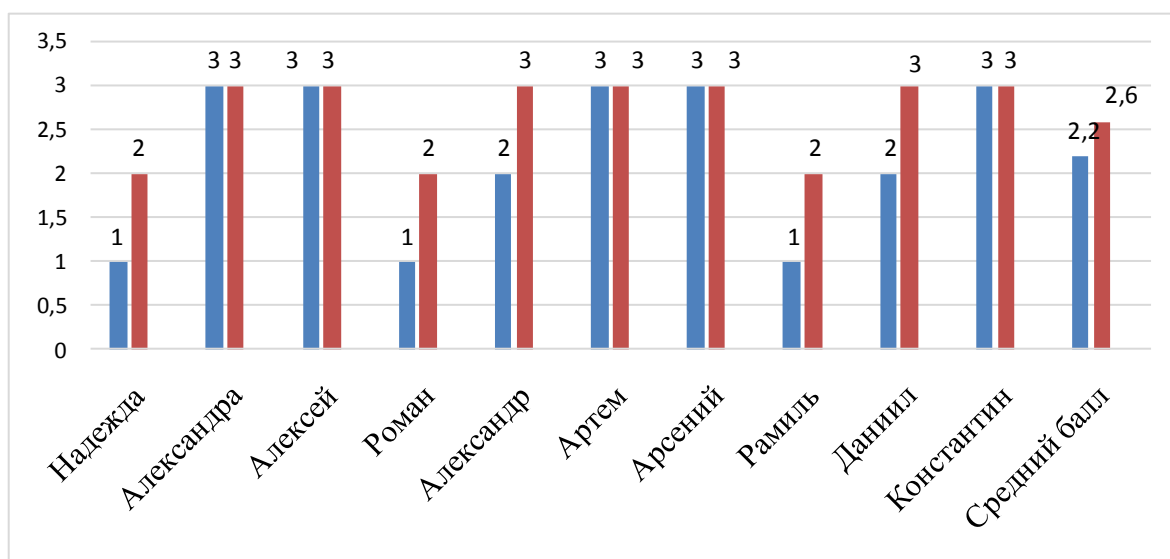
На рисунке сравнительные представлены результаты исследования состояния звукопроизношения у испытуемых, полученные в процессе проведения констатирующего и контрольного экспериментов. Показано процентное соотношение результатов правильного произношения звуков разных групп до начала коррекционной работы (синий столбик) и после проведения обучающего эксперимента (красный столбик).

После проведения обучающего эксперимента наиболее успешно скоррегированной оказалась группа свистящих звуков и шипящих звуков. Самое проблемное произношение звуков [p].

Таким образом, по окончании анализа изучения звукопроизношения, проведенного в рамках контрольного эксперимента, можно сделать вывод, что динамика в результатах оказалась значительной, что объясняется хорошо подготовленной логопедом базой для работы над звукопроизношением.

Результаты обследования просодической речи

Результаты обследования *просодической стороны речи* испытуемых в рамках контрольного эксперимента представлены в приложении 10.



- - результаты констатирующего эксперимента
- - результаты контрольного эксперимента

Рис. 5. Сравнительные результаты обследования просодической стороны речи у детей по итогам констатирующего и контрольного экспериментов

По окончании контрольного эксперимента, можно сделать вывод, что результаты проб, направленных на обследование просодики, дошкольников с ОНР и псевдобульбарной дизартрией изменились незначительно. Средний балл увеличился с 2,2 до 2,6 балла. Улучшение просодической стороны речи четко прослеживается при обследовании дыхания.

Личные результаты улучшили 3 испытуемых. Александр, Рамиль, Даниил показали улучшение результатов по сформированности речевого дыхания. Речевой выдох стал более длительным, направленным, сформировалось речевое высказывание на выдохе. Дыхание было сформировано у 50 %, после обучающего эксперимента процент увеличился до 80 % . У остальных испытуемых баллы остались без изменений. Мелодико-интонационная сторона речи была сформирована у 70 %, стала у 100 %. Надежда, Александра и Рамиль поработав над этим навыком, стали говорить выразительно.

Темп речи с 60 % повысился до 90%. Надежда, Рамиль и Даниил смогли привести свой темп речи в спокойный и умеренный. Саливация с 70 % повысилась до 80 %. Рамиль научился следить за своей саливацией, но еще в процессе отработки. Назальность так же изменилась не сильно, с 60 % - 70 %. Роману удалось справиться с назализацией. При обследовании наличия смазанности звукопроизношения мы увидели, что только у Александра, за время обучающего эксперимента выросла динамика и речь стала более четкой.

Таким образом, коррекции больше всего поддалась сформированность речевого дыхания.

Обследование фонематического слуха.

Результаты обследования фонематического слуха у испытуемых с ОНР и псевдобульбарной дизартрии по окончании обучающего эксперимента представлены в приложении 11.

По окончании контрольного эксперимента, можно сделать вывод, что результаты проб, направленных на обследование фонематического слуха,

улучшились. Максимальная разница между пробами констатирующего и контрольного эксперимента составила 0,3 балла в пробах № 2б и 3б, различение шипящих и свистящих фонем и повторение слогов с шипящими и свистящими звуками. Эти показатели улучшились у троих детей (Александра, Алексей, Даниил). Следует отметить, что проба 3б была наиболее проблемной, показатели по ней составляли 1,6 балла.

На 0,2 балла повысился средний балл за выполнение заданий на различение звонких и глухих фонем, называние картинок и определение отличий в названиях (пробы № 1б, 2а, 7). Незначительно, на 0,1 балл повысился средний балл в пробах № 1а, 2в, 3а, 5. Пробы включали следующие задания: выделение исследуемого звука среди слов, различение соноров, повторение за логопедом слогового ряда со звонкими и глухими звуками. Показатели по остальным параметрам (пробы № 3в, 4, 6, 8) остались без изменений. Следует отметить, что эти пробы были пройдены испытуемыми на этапе констатирующего эксперимента достаточно успешно, средний балл превышал 2 балла.

Наилучший результат у Константина, у которого скорректированы все дефекты звукопроизношения.

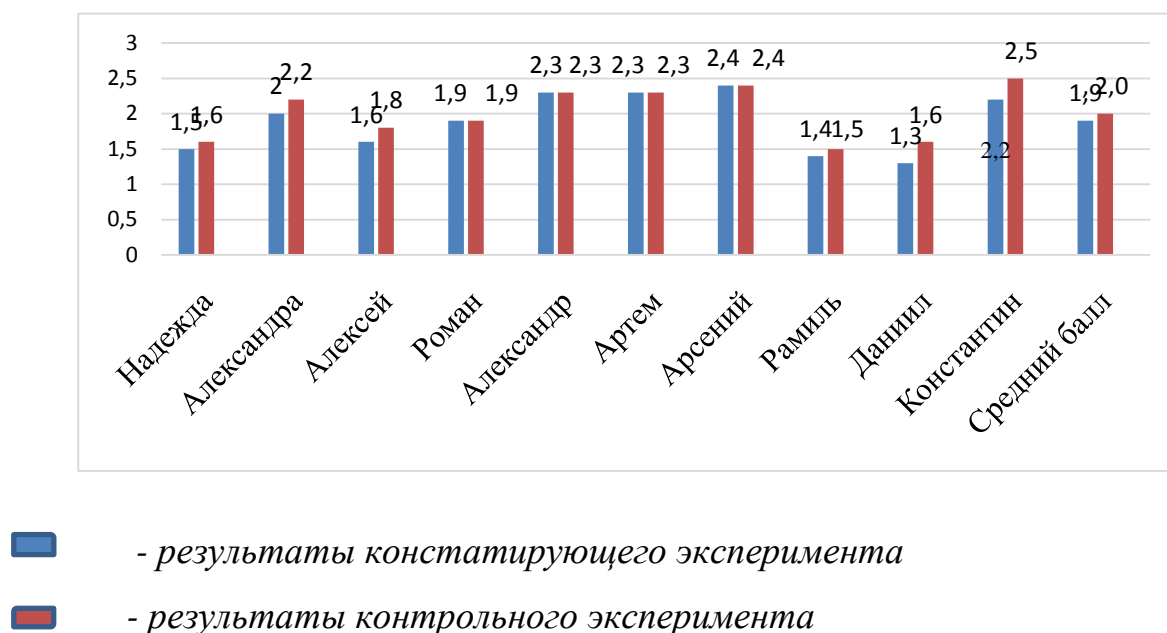


Рис. 6. Сравнительные результаты обследования фонематического слуха у детей по итогам констатирующего и контрольного экспериментов

Таким образом, по окончании анализа проб, направленных на изучение фонематического слуха и проведенных в рамках контрольного эксперимента, можно сделать вывод, что динамика результатов развития фонематического слуха оказалась положительной и составила от 0,1 балла до 0,3 баллов.

Выводы по 3 главе

С учетом выявленных особенностей произносительной стороны речи у старших дошкольников с дизартрией и анализа современной научной литературы по данной проблеме было разработано компилятивным путем содержание логопедической работы. Анализ теоретической и методической литературы по теме исследования позволил сделать вывод о том, что эффективно строить логопедическую работу по коррекции нарушений произносительной стороны речи у дошкольников с дизартрией лишь комплексно. В содержание коррекционной работы было включено большое количество упражнений для занятий, которые помогут преодолеть дефекты произносительной стороны речи в целом.

С целью определения эффективности составленного содержания коррекционной работы с дошкольниками с ОНР и псевдобульбарной дизартрией, было проведено контрольное обследование по диагностическим методикам, использованным на констатирующем этапе экспериментальной работы.

По результатам сравнительного анализа констатирующего и контрольного этапов экспериментальной работы отмечено, что состояние общей и мелкой моторики дошкольников с ОНР и псевдобульбарной дизартрией за период обучающего эксперимента изменилось несущественно. Анализ результатов исследования артикуляционной моторики показал, что разница результатов 0,6 балла. Разница результатов в исследовании языка составила 0,4 балла. Разница результатов губ и нижней челюсти составила 0,5 балла.

По результатам анализа обследования звукопроизношения, проведенного в рамках контрольного эксперимента, можно сделать вывод,

что динамика в результатах оказалась значительной. После проведения обучающего эксперимента наиболее успешно скорректированной оказалась группа свистящих и шипящих звуков. Наибольшие трудности у дошкольников с ОНР и псевдобульбарной дизартрией вызывала коррекция произношения звуков [р], [л].

Улучшение просодической стороны речи четко прослеживается при обследовании дыхания. Однако, в целом изменения в просодической стороне речи дошкольников с ОНР и псевдобульбарной дизартрией незначительны.

Динамика результатов развития фонематического слуха оказалась положительной и составила от 0,1 балла до 0,3 баллов.

В целом для достижения больших результатов, понадобится большее количество времени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ научной литературы показал, что проблема коррекции произносительной стороны речи у обучающихся старшего дошкольного возраста с ОНР и псевдобульбарной дизартрией не потеряла своей актуальности и на современном этапе.

Бесценный вклад в изучение данной темы был внесен такими учеными как А. Р. Лурия, Г. В. Чиркина, Т. Б. Филичева, Г. Н. Соломатина, Т. Г. Визель, Е. Н. Винарская, А. К. Маркова, Э. К. Макарова, Л. В. Лопатина, Е. Ф. Соболевич, Р. И. Мартынова, Л. В. Мелехова и другие. Из их трудов, были получены данные о закономерностях развития фонетической и фонематической систем языка, механизмах произношения, современных подходах в психолингвистике к коррекции произносительной стороны речи; об особенностях нарушения произносительной стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и путях ее коррекции.

Анализ литературных данных, а так же результаты, полученные при проведении констатирующего этапа эксперимента, позволили выявить специфические особенности произносительной стороны речи детей старшего дошкольного возраста с ОНР и псевдобульбарной дизартрией.

В результате анализа полученных данных отмечены значительные качественные и количественные отклонения в развитии моторной сферы, нарушения мышечного тонуса и дискоординационные расстройства. В ходе констатирующего исследования у дошкольников с дизартрией было выявлено, что развитие звукопроизношения у детей с дизартрией не совпадает с возрастными показателями, у них проявляется низкий уровень формирования умений и навыков правильного воспроизведения звуков речи, были выявлены значительные нарушения звукопроизношения и просодической стороны речи. Ведущими механизмами расстройств произношения при псевдобульбарной дизартрии являются нарушения тонуса

мышц речевого аппарата и связанные с ними ограничения подвижности речевого аппарата, а также недостаточность артикуляционного праксиса, выражающаяся в кинетических и кинестетических нарушениях. По результатам анализа полученных данных было выявлено, что нарушения звукопроизношения и просодических компонентов речи, обусловленные органической недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата, отрицательно повлияли на формирование произносительной стороны речи.

С учетом психолингвистического подхода и представления о языке, как о системе со сложной иерархической структурой, современных представлений о структуре речевого дефекта у детей с дизартрией, а также руководствуясь принципом системного подхода к коррекции нарушений речи, было разработано содержание логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

С целью изучения эффективности предложенного содержания коррекционной работы был проведен контрольный эксперимент. Анализ полученных данных выявил значительное улучшение по состоянию всех исследуемых параметров (общая, мелкая и артикуляционная моторика, звукопроизношение, просодическая сторона речи, фонематические процессы и дидактическая игра).

Таким образом, содержание обучающего эксперимента, повысило эффективность коррекционно-логопедической работы и способствовало коррекции произносительной стороны речи старших дошкольников с ОНР и псевдобульбарной дизартрией, что позволяет говорить о решении задач и достижении цели исследования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архипова, Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период) [Текст] / Е. Ф. Архипова. — М. : Просвещение, 1989. — 103 с.
2. Бельтюков, В. И. Об усвоении детьми звуков речи [Текст] / В. И. Бельтюков. — М. : Просвещение, 1964. — 91 с.
3. Белякова, Л. И. Сравнительный анализ состояния двигательных и речевых функций у заикающихся дошкольников [Текст] / Л. И. Белякова // Дефектология. — 1985. — № 1. — С. 9-11.
4. Волкова Л. С., Шаховская С. Н. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. — 680 с.
5. Волкова, Л. С. Логопедия. Методическое наследие [Текст] : пособие для логопедов в студ. дефектол. фак-тов пед. вузов : в 5 кн. / Л. С. Волкова. — М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. — Кн. I : Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи : в 2 ч. Ч. 2 : Ринолалия. Дизартрия. — 304 с.
6. Волкова, Л. С. Хрестоматия по логопедии (извлечение и тексты) [Текст] : учеб. пособ. для студ. высших и средних спец. пед. учеб. заведений : в 2-х т. / Л. С. Волкова, В. И. Селиверстова. — М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. — Т. II. — 656 с.
7. Выготский Л. С. Мышление и речь / Л.С.Выготский // Избранные психологические труды / под ред. А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурия.-М. : Изд-во АПН РСФСР, 1956. — 385 с.
8. Гаркуша, Ю. Ф. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи [Текст] / Ю. Ф. Гаркуша. — М. : Владос, 2000. — 158 с.

9. Гаркуша, Ю. Ф. Система коррекционных занятий воспитателя в детском саду для детей с нарушениями речи [Текст] / Ю. Ф. Гаркуша. — М : Просвещение, 1992. — 59 с.
10. Гвоздев, А. Н. Вопросы изучения детской речи [Текст] / А. Н. Гвоздев. — М. : Детство-Пресс, 1961. — 467 с.
11. Глухов, В. П. Из опыта логопедической работы по формированию связной речи детей с ОНР дошкольного возраста на занятиях по обучению рассказыванию [Текст] / В. П. Глухов // Дефектология. — 1994. - №2. — с. 56-73.
12. Глухов, В. П. Основы психолингвистики [Текст] : учеб. пособие / В. П. Глухов. — М. : АСТ : Астрель, 2010. — 358 с.
13. Екжанова, Е. А. Речь как реченька [Текст] : методическое пособие по развитию речи детей старшего возраста / Е. А. Екжанова. — М. : Дрофа, 2008. — 5 с.
14. Жукова, Н. С. Преодоление задержки речевого развития у дошкольников [Текст] / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. — М. : «Просвещение», 1973. — 222 с.
15. Журба, Л. Т. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни [Текст] / Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова. — М. : Медицина, 1981. — 272 с.
16. Иншакова О.Б. Альбом для логопеда. — М. : ВЛАДОС, 2015. — 279 с.
17. Исенина, Е. И. Развитие звуковой стороны речи ребенка [Текст] / Е. И. Исенина. — М. : Педагогика, 1973. — 342 с.
18. Киселева В. А. Диагностика и коррекция стертой формы дизартрии. Пособие для логопедов. - М. : Школьная пресса, 2007. — 83 с.
19. Кольцова, М. М. Проблемы исследования детской речи [Текст] / М. М. Кольцова // Дошкольное воспитание. — 1985. — № 6. — С. 34–441.
20. Левина, Е. А. Школьный логопед [Текст] / Е. А. Левина. — М. : Образование Плюс, 2006. — 264 с.

21. Леонтьев, А. А. Основы психолингвистики [Текст] / А. А. Леонтьев. — М. : Смысл, 2006. — 287 с.
22. Логопедия [Текст] : учеб. для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : Гуманит. изд. центр ДОО, 2002. — 680 с. — (Коррекционная педагогика).
23. Лопатина, Л. В. Дифференциальная диагностика стертой дизартрии и функциональных расстройств звукопроизношения [Текст] / Л. В. Лопатина. — СПб. : Детство-Пресс, 2000 — С. 177–182.
24. Лопатина, Л. В. Нарушение мимической мускулатуры и артикуляционной моторики у детей со стертой формой дизартрии [Текст] / Л. В. Лопатина // Речевые и нервно-психические нарушения у детей и взрослых : межвузовский сборник научных трудов. — М. , 1987. — С. 3–18.
25. Мартынова, Р. И. Медико-педагогическая характеристика дислалии и дизартрии [Текст] / Р. И. Мартынова // Очерки по патологии речи и голоса / под ред. С. С. Ляпидевского. — М., 1963. — № 2. — С. 34–38.
26. Мастюкова, Е. М. Советы педагогам и родителям по подготовке и обучению детей с особыми проблемами в развитии [Текст] / Е. М. Мастюкова. — М. : Владос, 1997. — С. 167.
27. Никашина, Н. А. Устранение недостатков произношения и письма у младших школьников [Текст] / Н. А. Никашина // Недостатки речи у учащихся начальных классов массовой школы / под ред. Р. Е. Левиной. — М. : Просвещение, 1965. — С. 46–66.
28. Нищева, Н. В. Будем говорить правильно [Текст]. Дидактический материал для коррекции нарушений звукопроизношения / Н. В. Нищева. — СПб. : ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2002. — 112 с.
29. Нищева, Н. В. Система коррекционной работы в логопедической группе для детей с общим недоразвитием речи [Текст] / Н. В. Нищева. — СПб. : Детство-Пресс, 2001. — 528 с.

30. Поваляева М. А. Справочник логопеда. – Ростов н/д : Феникс, 2007. – 428 с.
31. Преснова, О. В. Коррекция двигательных и речевых нарушений методами физического воспитания [Текст] / О. В. Преснова. — М. : Владос., 2006. — 34 с.
32. Стребелева, Е. А. Психолого-педагогическая диагностика [Текст] / Е. А. Стребелева. — М. : Владос, 2008. — 74 с.
33. Тимофеева, Г. С. Формирование лексико-грамматического строя речи у детей старшего дошкольного возраста [Текст] / Г. С. Тимофеева // Логопед. — 2005. — № 2. – С. 48-51.
34. Ткаченко, Т. А. Коррекция фонетических нарушений у детей. Подготовительный этап [Текст] / Т. А. Ткаченко. — М. : Владос, 2005. — 40 с.
35. Трубникова, Н. М. Структура и содержание речевой карты [Текст] : учебно-методическое пособие / Н. М. Трубникова. — Екатеринбург : Уральский государственный педагогический университет, 1998. — 51 с.
36. Ушинский, К. Д. Родное слово [Текст] / К. Д. Ушинский // Собр. соч. : в 6 т. — М. : Изд-во АПН РСФСР, 1948. — Т. 2. — 394 с.
37. Филичева Т. Б., Чиркина Г.В. Коррекционное обучение и воспитание детей 5-летнего возраста с общим недоразвитием речи. — М., 1991. - 44 с.
38. Филичева, Т. Б. Основы логопедии [Текст] : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. — М. : Просвещение, 1989. — 223 с.
39. Филичева, Т. Б. Нарушения речи у детей [Текст] : пособие для воспитателей дошкольных учреждений / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. — М. : Профессиональное образование, 1993. — 232 с.

40. Филичева, Т. Б. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста [Текст] : практическое пособие / Т. Б. Филичева. — М., 2004. — 44 с.
41. Филичева, Т. Б. Дети с фонетико-фонематическим недоразвитием [Текст] / Т. Б. Филичева, Т. В. Туманова. — М. : Гном-пресс, 2000. — 8 с.
42. Хрестоматия по теории и методике развития речи детей дошкольного возраста [Текст] : учеб. пособие для студ. высш. и пред. пед. учеб. заведений / сост. М. М. Алексеева, В. И. Яшина. — М. : Издательский центр «Академия», 1999. — 550 с.
43. Шаховская, Е. И. Обследование детей с нарушением речи в условиях медико-педагогических комиссий / речевые расстройства у детей и методы их устранения [Текст] / Е. И. Шаховская. — М. : МГПИ, 1978. — С. 4-16.
44. Эльконин, Д. Б. Детская психология [Текст] : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Д. Б. Эльконин. — М. : Издательский центр «Академия», 2005. — 384 с.